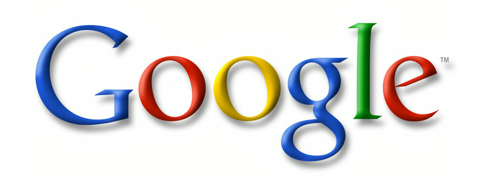
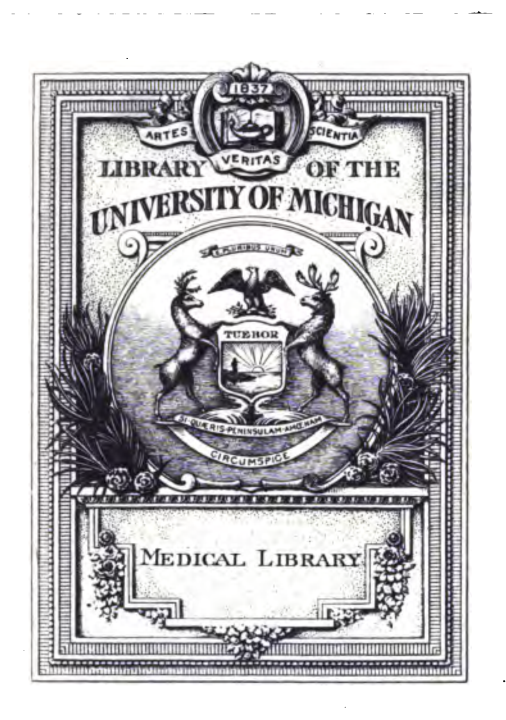
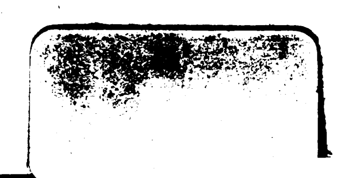





1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

1838.—TOME IV.

COLLABORATEURS.

MM.

Amussat, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine.

Bayle, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Bell, D. M. P., ancien Interne des hôpitaux et vice-président de la Société anatomique de Paris.

Belmas, D. M. P., ancien chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Blaud, D. M. P., Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire (Gard).

Bouchacourt, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Chauvin, D. M. P. à Sion (Loire-Inférieure).

Corby, D. M. P., ancien Chef de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Cruveilhier, Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

Delens, D. M. P., ancien Inspecteur général des études, membre de l'Académie royale de médec.

Esquirol, Médecin en chef de Charenton, membre de l'Académ. royale de médecine.

Ferrand de Missol, D. M. P.

Gibert, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine, et Médecin des hôpitaux de Paris.

Lagasquie, D. M. P., membre de la commission médicale d'Égypte en 1828, 29 et 30.

MM.

Martinet, D. M. P., Agrégé libre de la Faculté de médec. de Strasbourg.

Martins, D. M. P., ancien Aide-naturaliste de la Faculté de médecine de Paris.

Nonat (Auguste), Médecin du bureau central des hôpitaux, membre de la Société de médecine de Paris.

Prus, Médecin de l'hospice de Bicêtre, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris.

Récamier, ancien Professeur de Clinique médicale de la Faculté, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Reveillé-Parise, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine.

Ribes père, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine, Médecin de l'hôtel des Invalides.

Risueno d'Amador, Professeur à la Fac. de médec. de Montpellier.

Rozier, D. M. P., membre du Jury médical et Médecin en chef de l'Hôp.-Gén. de Rhodez (Aveyron).

Séguin, D. M. P.

Velpeau, Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Vergez, D. M. P. à Châteaubriant (Loire-Inférieure).

Virey, membre de l'Acad. royale de médecine.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA

MÉDECINE HIPPOCRATIQUE,

PAR J. B. CAYOL,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien Professeur de Clinique médicale
de la Faculté à l'hôpital de la Charité de Paris,
Médecin consultant de l'Institution royale des Jeunes-Aveugles
et de l'Infirmerie Marie-Thérèse, Membre de la Société de médecine pratique
de Montpellier, de la Société royale et de la Société académique de médecine
de Marseille, de l'Académie des sciences médicales de Palerme, etc.

1838.—Tome Quatrième.

PARIS,

AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE,

RUE SERVANDONI, 17, HOTEL DE LA MAIRIE.

1838.

PARIS, IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON,
36, Rue de Vaugirard.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

(*Octobre 1838.*)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

EXPOSÉ

DES RÉSULTATS OBTENUS CETTE ANNÉE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ROUX

PAR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR EXTRACTION ;

SUIVI DE L'OBSERVATION D'UNE ESPÈCE DE CATARACTE INCONNUE DANS LA SCIENCE ;

PAR LE Dr J. V. PASQUET (DE CRÉMIEUX),

Ancien interne de l'hosp. de l'Antiquaille de Lyon, memb. de la Société anatomique de Paris et de la Société chirurgicale de Montpellier.

Désireux de m'éclairer sur la valeur de l'extraction dans le traitement de la cataracte, j'ai suivi, pendant la durée de ce printemps, les nombreuses opérations de cataracte que M. Roux pratique périodiquement à cette époque, et presque exclusivement par cette méthode. Je joindrai aux résultats obtenus cette année un exposé des observations les plus intéressantes que j'ai pu faire sur ces malades dont le nombre s'élève à 32, en ne prenant q[illegible] ' [illegible]nt

été opérés du 28 mars au 27 juin. Je laisserai de côté les quelques dernières opérations qu'une absence forcée ne m'a pas permis de suivre exactement. Ici il serait possible d'ajouter une place d'excuse sur la nécessité où je suis d'employer des chiffres et de donner à ce travail un faux air de statistique.

Je ne crois pas inutile de mentionner, et j'en tiendrai compte plus tard, que cette année il s'est présenté plus d'hommes que de femmes, ce qui est précisément l'inverse de ce qu'on observe généralement. Ainsi, dans une note de M. Fabini, on trouve, sur 500 cataractes, 268 hommes et 232 femmes. D'après un relevé fait dans le service de Dupuytren, il n'y avait que 72 femmes pour 135 hommes; et, s'il est vrai qu'alors le nombre des lits destinés aux femmes n'était, dans le service de Dupuytren, que la moitié de celui destiné aux hommes, je ferai remarquer qu'actuellement il n'est même pas le tiers dans celui de M. Roux.

Ces 32 malades nous ont paru tous, sans exception, affectés de cataractes lenticulaires pures. Je me hâte d'ajouter que, chez deux ou trois malades seulement, la cristalloïde m'a paru très-légèrement altérée; mais à l'opération on n'a pas retrouvé de traces de cette altération, si tant est qu'elle fût réelle. Dans un relevé pris, par M. Maunoir, dans le service de M. Roux, à la Charité, sur 121 sujets opérés par extraction, quatre seulement ont offert des cataractes membraneuses !! Après cela, comment comprendre la part énorme que la plupart des chirurgiens font à la cataracte capsulaire. Ainsi, d'après Dupuytren, sur cinq cataractes, on en trouverait deux capsulaires. Ce chiffre est-il vraiment l'opinion de ce grand chirurgien ? N'est-il

que le résultat d'une faute typographique, ainsi que M. Maunoir serait tenté de le supposer?..... Cette erreur ne me semble pas admissible d'autant mieux, qu'avec la meilleure volonté du monde, on trouverait que le nombre des cataractes, bien et dûment diagnostiquées par lui *membraneuses*, forme encore une proportion bien considérable. J'ajouterai même, pour dire toute ma pensée à cet égard, qu'une des causes qui ont peut-être le plus contribué à fortifier cette idée dans l'esprit de Dupuytren et à l'accréditer dans celui de ses élèves, c'est la pratique de l'abaissement, presque exclusivement préférée aujourd'hui. Pour ceux qui, s'étant également exercés aux diverses méthodes, ne règlent leur choix que d'après les indications et surtout d'après la nature de la cataracte, je crois utile de rappeler l'utilité du nouveau moyen de diagnostic découvert par M. le professeur Sanson, et dont la valeur a été, je crois, mise hors de doute par les expériences consignées dans ma thèse (1).

Toutes les fois que, des trois images que reflète l'œil au-devant duquel on place la flamme d'une bougie, on ne distinguera que l'image droite antérieure, celle reflétée par la cornée, on sera certain qu'une opacité a lieu au-devant du cristallin, qu'elle siége dans la cristalloïde antérieure ou au-devant d'elle. Mais il faut bien prendre garde que, dans le cas de cataracte cristalline, l'image

(1) *De la valeur de la saignée dans le traitement des pertes utérines idiopathiques*, suivi de quelques expériences propres à éclairer le diagnostic des troubles de la vision. (Thèses de Paris, 1837, n° 317). Voir aussi son analyse dans la *Gazette médicale* du 9 septembre 1837, et l'excellent mémoire publié par MM. Pigné et Bardinet dans le premier numéro du journal l'*Expérience*.

droite profonde, celle formée par la cristalloïde antérieure et par la surface antérieure du cristallin, étant déjà très-pâle par elle-même, ressort très-mal sur le fond grisâtre de la cataracte, et pourrait-être méconnue à un examen superficiel. D'un autre côté, je saisis cette occasion pour faire remarquer que si l'absence d'une ou de plusieurs images est une raison suffisante pour admettre une altération en avant du corps vitré, leur persistance ne suffit pas pour prononcer que les différents milieux sont absolument intacts; car, dans la cataracte commençante, non-seulement on voit les deux images droites, l'antérieure se produisant à la surface de la cornée, la postérieure à la surface de la capsule antérieure et à la surface antérieure du cristallin; mais encore on peut distinguer l'image renversée celle qui se forme à la surface postérieure du cristallin, et à la surface de la capsule postérieure. Seulement, toutes les fois qu'il y aura un léger trouble dans ces milieux, les images, au lieu d'être petites et brillantes, seront au contraire larges et pâles, à peu près comme le reflet obscur qu'on produit en plaçant la flamme de la bougie vis-à-vis une lentille légèrement dépolie.

Aussi je crois que toutes les fois que l'image renversée au lieu de ressembler à une petite perle luisante, paraîtra pâle et entourée d'une auréole d'un gris plus pâle encore, on pourra affirmer qu'il y a une altération commençante dans le système cristallinien. Du reste, ce moyen de diagnostic réclame encore quelques recherches; le dernier mot n'est pas dit sur sa valeur, ainsi que le montre l'observation que j'ai placée à la fin de ce travail.

L'histoire de ces malades ne m'a présenté rien d'assez

remarquable pour être relaté ici. Je noterai pourtant que neuf d'entre eux, et sur ce nombre sept femmes, étaient sujets au mal de tête; que, dans deux cas seulement, il semblait que la céphalalgie eût avec l'affection oculaire quelques rapports de début ou d'exacerbation. Chez trois sujets, elle était continue, et dans ces trois cas, chose remarquable, elle s'est évanouie immédiatement après l'opération pour ne plus reparaître. Faut-il attribuer ce bénéfice à l'opération, au vésicatoire, à l'impression morale? Dans ces trois cas, du reste, l'opération n'a pas été suivie du plus léger accident.

Trente-deux malades, ai-je dit, ont été opérés en dix séries de nombre variable, ce qui a donné un total de 52 opérations, 12 malades n'ayant été opérés que d'un côté, et 20 des deux côtés. Sur ce nombre, 22 individus ont retiré de l'opération un bénéfice plus ou moins grand: elle a totalement échoué chez 7 d'entre eux, et 3 sont morts pendant le traitement consécutif, ce qui fait 5/8 et demi pour la proportion des succès, proportion à peu près identique à celle qui résulte du relevé de M. Maunoir, mais inférieure à celle qu'obtient ordinairement M. Roux, et qui serait de 7 à 8 succès pour 10 malades. Actuellement, pour être compris, je dois dire que j'ai rangé dans la catégorie des succès tous ceux qui n'avaient pas perdu complètement et irrévocablement la vue, et ceux chez qui l'opération avait réussi, en tant qu'opération; ainsi, un malade affecté de glaucôme reconnu avant l'opération, et chez lequel aucun accident n'étant survenu l'œil est devenu parfaitement net, et peut-être un peu plus sensible à la lumière; ainsi, plusieurs malades qui ne pouvaient distinguer, par suite de divers acci-

dents, des objets assez faciles à reconnaître, ma montre, par exemple, mais chez lesquels il me paraissait raisonnable d'espérer du temps ou des procédés de l'art une amélioration plus ou moins grande; j'ai même cru devoir ajouter au chiffre des succès un malade qui, sorti prématurément de l'hôpital dans un état parfait, fut atteint, par suite d'imprudence, d'une ophthalmie grave qui entraîna la perte d'un œil au moins et peut-être de tous deux. Ainsi donc il ne serait guère possible d'élever le chiffre des succès tel que je le donne; il serait peut-être rationnel de l'abaisser. Des 52 yeux opérés, 48 seulement se trouvaient hors de traitement vers le 27 juin, et dans ce nombre 25 étaient rendus à des conditions assez bonnes, ce qui fait un peu plus de 6 sur 13 pour la proportion des succès, proportion moins favorable pour les yeux que pour les individus, et qui est également inférieure à celle que M. Roux obtenait à la Charité. Je dois encore ajouter ici que la plupart des opérations que j'ai placées dans la catégorie des revers ont eu les résultats les plus déplorables : plusieurs yeux ont été réduits à un petit moignon à peine suffisant pour soutenir un œil artificiel; d'autres incomplètement vidés, déformés, obscurcis par des produits divers d'inflammation. On sait, en effet, qu'un des grands reproches adressés à la méthode de l'extraction, c'est de produire quelquefois des difformités auxquelles l'abaissement n'expose que par exception; et, pour le dire en passant, ce n'est pas une des raisons les moins décisives pour les chirurgiens qui consultent autant leur intérêt personnel que celui des malades dans le calcul des éventualités malheureuses.

Un fait qui frappe tout d'abord quand on étudie les

suites de l'opération, c'est la différence dans les résultats chez des individus qui semblent être dans des conditions, sinon peut-être identiques, du moins fort analogues; cette diversité est surtout remarquable dans le service de M. Roux qui, après des essais variés, en est venu à établir, pour les soins à donner à ses opérés, une règle dont on ne se départ guère: ainsi, pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, petit lait et bain de pied; un instant avant l'opération, un vésicatoire à la nuque qu'on fait suppurer jusqu'à la sortie du malade. Immédiatement après l'opération, le malade, les yeux couverts d'un double bandeau, est conduit dans un lit fermé par de doubles rideaux dont l'extérieur est de couleur foncée: on ne lève le bandeau que le cinquième jour, et alors les yeux sont bassinés, quatre fois par jour, avec de l'eau blanche. Le bandeau n'est remplacé que beaucoup plus tard par des lunettes bleues garnies de visières. Pendant les cinq premiers jours, le malade n'a que des bouillons; plus tard, il passe des potages à une nourriture plus substantielle. Je dois ajouter pourtant, et on comprend facilement, que cette uniformité de soins n'est peut-être pas toujours une condition d'égalité entre les divers sujets; qu'on ne saurait, par exemple, établir aucune parité entre le malade chez lequel la suppuration, suite d'une vive inflammation, a raidi le bandeau qui comprime ainsi douloureusement les paupières gonflées, et celui dont le bandeau est à peine humecté et les paupières nullement gonflées. Ce serait peut-être le cas de remettre en discussion la question de savoir si l'inconvénient d'exposer l'œil à des mouvements, à un exercice dont le malade est si impatiemment désireux, en enlevant

le bandeau dans la circonstance que je viens de signaler, est préférable au danger qui résulte de cette absence de pansement, de la stagnation du muco-pus, de la compression douloureuse établie sur l'organe enflammé, etc.; mais, pour en revenir à la question première, il resterait à rechercher quelles sont les causes sous l'influence desquelles se développent ces ophthalmies violentes qu'on voit se déclarer dans les premiers jours de l'opération, et qui, vers le cinquième jour, ont quelquefois produit un mal irréparable.

La première pensée qui se présente c'est de chercher dans la manœuvre de l'opération des différences auxquelles on puisse raisonnablement attribuer quelque influence sur les suites plus ou moins heureuses. Mais ne sait-on pas avec quelle précision M. Roux opère la cataracte, et si l'habileté de ce chirurgien était moins connue, on serait tenté d'attribuer au nombre immense de cataractes opérées par lui, la sûreté avec laquelle il accomplit les divers temps de l'opération, d'une manière presque identique chez presque tous les malades. Du reste, il faut le dire, on a créé pour *l'extraction* des difficultés, des dangers presque imaginaires, négligeant d'autres sources plus réelles d'accidents. La régularité de l'incision est certainement chose louable, mais non indispensable, pourvu que l'ouverture soit de grandeur suffisante. Quant aux blessures de l'iris, si le relevé de M. Maunoir, et le mien n'étaient là pour en proclamer l'innocence, il suffirait de remarquer combien il est rare de voir survenir des accidents à la suite de l'opération de la pupille artificielle, dans laquelle on coupe, tiraille, déchire l'iris. La piqûre de l'iris n'est même pas douloureuse, à en juger d'après ce

qu'on voit tous les jours; pourtant j'ai vu une malade à la suite de cette lésion accuser une vive douleur et en même temps être prise de défaillance. Bien que cette blessure ait eu lieu souvent, il ne s'est jamais écoulé assez de sang pour gêner le second temps de l'opération, l'incision de la capsule; quant à la piqûre de l'angle interne de l'œil, c'est bien la chose la moins dangereuse du monde.

Toutes les fois qu'on marche consciencieusement à la recherche des causes d'une maladie, il est rare qu'on n'arrive pas à cette conséquence : que les influences extérieures ne sont que d'une importance minime, si elles ne rencontrent dans l'organisme des conditions particulières souvent occultes qui constituent la prédisposition. C'est à reconnaître et à spécifier ces états particuliers qu'il est important de s'appliquer, en joignant aux données physiologiques celles bien plus certaines que fournit l'expérience. C'est ainsi qu'on a remarqué assez généralement que les suites de l'opération sont moins heureuses chez les femmes que chez les hommes. Dans notre relevé nous trouvons que sur 22 succès il n'y en a pas plus parmi les femmes que parmi les hommes, bien qu'il y ait plus d'opérés parmi les femmes; tandis que sur 7 insuccès on trouve 3 hommes sur 4 femmes, différence assez minime du reste.

Une cause qui m'a paru avoir une importance réelle sur les suites de l'opération, c'est la constipation. Cette influence était assez difficile à apprécier, attendu que la constipation était à peu près générale; pourtant je crois pouvoir affirmer que, chez les individus habituellement resserrés, mais bien portants du reste, comme chez ceux qu'un long séjour au lit, à l'hôpital, avant l'opération,

avait en quelque sorte habitués aux effets de la constipation, les choses se sont mieux passées que chez ceux qui, opérés presque immédiatement après leur entrée à l'hôpital, n'ont pas eu le temps de s'y acclimater, de se faire à ce nouvel état, et en ont ressenti les effets, justement au moment critique, c'est-à-dire, vers les premiers jours qui ont suivi l'opération. A l'appui de cette observation, je citerai l'observation, plus remarquable à d'autres titres, qu'on trouvera à la fin de ce travail. Somme toute, je regarde la constipation comme une circonstance défavorable, et les malades n'étaient pas les derniers à s'en apercevoir, ainsi que de l'avantage des lavements laxatifs.

S'il est important de connaître l'influence des conditions morbides auxquelles nous pouvons essayer de porter remède, il ne l'est souvent pas moins parfois de connaître l'influence d'autres conditions que nous sommes obligés d'accepter sans espoir de les modifier; ainsi l'âge, le sexe, le tempérament, etc..., afin de savoir aussi exactement que possible quelles sont les chances favorables qui doivent nous décider à l'opération. Par exemple, j'ai souvent entendu dire à M. Roux, si toutefois je n'ai pas pris le change, que les yeux de couleur claire donnaient une plus grande proportion de succès. Eh bien! cette année les résultats n'ont pas été conformes à l'opinion de ce chirurgien, qui est du reste sur ce point en opposition avec grand nombre d'ophthalmologistes : sur 22 individus, dont l'observation est complète à cet égard, je trouve 7 fois couleur foncée de l'iris et 14 fois couleur claire, abstraction faite des nuances intermédiaires. Ces 22 individus ont donné 32 opérations, 12 pour les yeux foncés, sur quoi 8 succès et 4 revers; 20 opérations pour les yeux

de couleur claire, sur quoi 11 succès et 9 revers. Faut-il attribuer ce résultat au plus grand nombre de femmes dont l'iris était de couleur claire, et poursuivant, pourquoi l'opération réussirait-elle moins chez les femmes? Est ce en raison de leur indocilité, de la difficulté qu'il y a à leur faire garder le repos, etc...?

Enfin ce chiffre n'est-il que le résultat d'une simple coïncidence, d'une sorte de caprice de la statistique? On se défie singulièrement de la méthode numérique, lorsqu'on suit les oscillations journalières imprimées à ces chiffres qu'on voudrait ériger en loi. Pourtant c'est là une de ces solutions qu'une statistique bien comprise serait appelée à donner.

Une influence qui m'a paru plus positive, c'est celle de l'âge; elle était d'autant plus intéressante à examiner, que l'extraction est généralement préférée pour les vieillards, auxquels il importe de rendre le plus rapidement possible la faculté de la vision, puisqu'ils n'ont que peu de temps à en jouir, et peut-être aussi parce que la réaction inflammatoire étant moindre à cet âge, on a moins à redouter cette chance fâcheuse. Je trouve parmi les opérés, hors d'affaire à l'époque où j'ai cessé mes observations, 22 individus âgés de moins de 69 ans, et 8 âgés de plus de 69 ans. Dans la première série, 15 succès dont 4 avec des accidents plus ou moins graves, et 7 insuccès seulement; dans la catégorie des vieillards les plus âgés, 3 succès seulement dont 2 même furent accompagnés d'accidents fort graves, et l'autre étant âgé tout juste de 69 ans; pour ces 3 succès, je compte 5 insuccès dont 3 morts. Voilà certes qui n'est pas engageant pour opérer après un certain âge. Je dois ajouter que ce sont les seuls morts qu'on ait

eu à déplorer cette année, et que ces trois vieillards étaient porteurs d'affections organiques du cœur qui ont eu une part réelle dans les causes de la mort : tous trois ont présenté aussi des traces de pneumonie hypostatique Si on ne peut pas dire que l'opération ait tué ces malades, je crois qu'on ne peut nier qu'elle y ait puissamment contribué par ses conséquences. Certes, un vieillard ne saurait être impunément arraché à ses habitudes pour être condamné à subir le décubitus horizontal pendant trois semaines, surtout dans la saison froide. Il serait bon, je crois, de se relâcher à leur égard du rigorisme habituel et de les faire marcher, non pas seulement après l'opération, mais encore tous les jours un peu, de leur éviter la diète et toutes les causes susceptibles de développer l'adynamie, ainsi que la pneumonie qui choisit de si nombreuses victimes dans les deux âges extrêmes de la vie.

Le nombre des opérés parmi les jeunes gens n'est point assez considérable pour qu'il soit utile d'en présenter l'analyse. Il a été évident pour moi que les suites de l'opération avaient été moins fâcheuses dans leurs accidents, plus rapides dans leur marche, plus favorables dans leur résultat définitif. Il n'y a eu qu'une seule exception, c'était une fille de 26 ans; encore faut-il remarquer qu'elle se trouvait d'une série où, je ne sais trop pourquoi, sur six malades, il n'y en eût pas un seul guéri. En revanche, je pourrais remarquer que les malades qui offrirent les guérisons les plus rapides se trouvent dans la catégorie des jeunes gens. Je citerai un homme de 34 ans, couché au nº 17 de la salle Sainte-Marthe, et qui sortit au quinzième jour de son opération. Il était remarquable par l'excessive sensibilité de sa pupille, tellement qu'en pas-

sant la main à un pied devant sa figure, on pouvait voir, dans l'intervalle d'une seconde, la pupille se dilater ou se resserrer, suivant que la main était ou n'était pas devant sa figure, et avec une énergie que présenteraient peu de sujets jouissant d'une excellente vue; et pourtant la cataracte était bien ancienne, datant de 9 ans pour l'œil gauche et de 7 ans pour le droit. Depuis un an il n'y voyait que tout juste pour distinguer le jour des ténèbres, mais pas assez pour avoir la conscience du passage rapide de la main devant son visage.

Des faits analogues se présentent trop souvent aux ophthalmologistes, pour ne pas faire revenir enfin sur le rôle que la physiologie a assigné à l'iris qui, tout-à-fait subordonné, pour ses mouvements, aux impressions lumineuses éprouvées par la rétine, devait cesser ses fonctions dans la paralysie de cette membrane, absolument comme le muscle qui ne se contracte plus pour soustraire à la douleur le membre paralysé du mouvement. Mais combien de cas d'amaurose qui trouvent leur raison dans toute autre lésion que dans celle de la rétine, et où l'iris est devenu immobile! Combien d'autres cas où l'iris conserve une mobilité remarquable! Le mydriase n'est-il pas souvent idiopathique, tellement qu'en rétrécissant l'ouverture destinée aux rayons lumineux, soit par des lunettes appropriées, soit en provoquant par la cautérisation cornéale le resserrement de la pupille, ce malade, chez qui on soupçonnait peut-être une affection rétinienne, reconnaîtra immédiatement les plus petits objets.

Parmi les conditions extérieures qui ont pu avoir quelque influence sur le développement des accidents consécutifs; je n'ai étudié spécialement que les suivantes :

Conditions atmosphériques. Si quelque chose devait rendre raison de la disproportion des résultats obtenus dans chacune des dix séries d'opérations, il semble que ce doit être l'ordre de causes que j'aborde actuellement. En effet, si je fais remarquer que sur les 22 premières opérations 21 yeux ont été sauvés; que, plus tard, sur les six malades opérés le 11 mai, les uns d'un seul œil, les autres des deux yeux, on n'a pu obtenir un seul succès, tandis que la cinquième série, opérée le 30 avril, et la septième le 10 mars, ont été assez fortunées, on sera, en définitive, obligé de se reporter sur les circonstances atmosphériques, auxquelles les chirurgiens, et surtout les anciens, attribuent une si grande influence. Je dois dire pourtant que, quelque exactitude que présentent mes observations, elles sont, sous ce point de vue, tout-à-fait insignifiantes. De plus, au moyen de tables météorologiques exactes, j'ai composé l'état barométrique, thermométrique, hygrométrique, la variation diurne, l'état du ciel, la direction du vent, etc., etc., pour chacun des cinq jours qui ont suivi chaque série d'opérations; et je dois dire que, de ce long et pénible travail, il n'est résulté rien de significatif pour moi. Je me garderai bien d'en conclure que l'action de pareilles causes est de nul effet; mais qu'au contraire on doit s'efforcer, par des observations recueillies consciencieusement et sur une échelle plus étendue, de rechercher quelle est vraiment leur part d'influence. J'ajouterai qu'un pareil travail n'aura qu'une valeur secondaire tant qu'il sera basé sur des faits recueillis dans des salles où se trouvent des maladies différentes, et où, aux inconvénients de l'entassement si funeste aux maladies des yeux, se joignent ceux

du renouvellement de l'air, rarement ménagé de manière à ne pas nuire aux maladies dont je parle. Voit-on en effet bien souvent ailleurs qu'à l'hôpital des enfants, ou dans les grands établissements, ces ophthalmies purulentes si désastreuses? Et puisque je suis entraîné à cette question, je crois que c'est un devoir de philantropie que de signaler l'influence fâcheuse de l'Hôtel-Dieu de Paris, et de certaines salles surtout, sur les opérations qui s'y pratiquent. Pour ceux qui, étrangers à cet hôpital, pourraient douter de ce que j'avance, je dirai que dans cet hôpital, où se coupent journellement des jambes ou des cuisses, une jambe de bois est presque une curiosité. Je pourrais citer tel service où, pendant l'année 1836, on n'a pas sauvé un seul malade ayant subi une des grandes amputations. J'ai vu, dans le même service, le chirurgien plein de mérite qui le dirige, pratiquer cinq fois l'abaissement dans le commencement de l'année 1838; il n'a pas obtenu un seul succès. On m'a assuré que les résultats obtenus par M. Roux à l'Hôtel-Dieu, dans l'opération de la cataracte, sont généralement moins favorables que ceux qu'il obtenait à la Charité. Mais trêve sur une question que je ne pourrais traiter ici convenablement.

On ne peut guère s'occuper de la cataracte sans aborder la question de savoir s'il vaut mieux opérer le même jour les deux yeux quand ils sont cataractés, que de renvoyer la seconde opération à une époque plus ou moins éloignée. M. Roux, qui préfère opérer à la fois les deux yeux, renvoie ses adversaires aux faits tirés de son immense pratique. Cette année les faits ne semblent pas favorables à sa manière de voir : sur 12 opérations d'un seul côté,

8 ont présenté un succès complet et tout-à-fait remarquable par la netteté de la vision. Chez 2, l'œil a été vidé pendant l'opération, je les élimine par conséquent; il reste donc, contre 8 succès, 2 insuccès seulement, et encore chez deux femmes, l'une appartenant à cette malheureuse sixième série qui n'a présenté que des revers, l'autre en proie à des chagrins récents et profonds, et de plus présentant depuis plusieurs années un développement énorme du ventre, probablement dû à une affection de l'ovaire.

Quant à cette fameuse assertion de Dupuytren, à savoir que, si on opère les deux yeux à la fois lorsque surviennent des accidents inflammatoires, l'un des deux yeux se chargerait de toute l'inflammation et sauverait ainsi l'autre à ses dépens... généralement elle ne s'est pas vérifiée dans les faits que j'ai observés. Légère, l'inflammation siégeait indistinctement sur un seul ou sur les deux, ou passait alternativement de l'un à l'autre; plus intense, rarement elle n'affectait qu'un seul œil, et, des deux yeux, il était difficile de dire lequel serait le plus maltraité, et, quelquefois même, d'en juger après coup. Enfin, dans les cas les plus graves, j'ai vu les deux yeux être vidés; et, dans le cas où l'un d'eux échappait à la perforation, il n'en n'était pas moins le plus souvent altéré au point de devenir presque inutile.

Actuellement, si on préfère l'opération simple, par quel œil devra-t-on commencer dans l'hypothèse où les deux yeux seraient également inaptes à la vision? Est-il indifférent d'opérer d'un côté ou de l'autre; du côté gauche, par exemple, comme on le fait souvent, afin de pouvoir se servir de la main droite? Voici un relevé fait

dans le but d'éclairer cette discussion : j'ai cherché, parmi les opérations doubles qui ont présenté des accidents inflammatoires, quel œil avait été le plus souvent et le plus gravement affecté. Dans dix cas qui pouvaient se prêter à une pareille investigation, j'ai trouvé que cinq fois l'œil le dernier affecté de cataracte avait été le seul, ou de beaucoup, le plus gravement compromis; que deux fois seulement c'était l'œil le premier frappé de cataracte qui avait le plus souffert des suites de l'opération; et, qu'enfin, dans trois cas où les deux yeux avaient été pris simultanément d'accidents graves, c'était l'œil le dernier cataracté qui avait été le plus malade. Ces observations anatomico-pathologiques viendraient à merveille à l'appui pour établir que l'œil le plus vivement affecté est aussi le plus susceptible de s'enflammer ; mais j'ai hâte de terminer mon travail par quelques remarques pouvant intéresser la physiologie et la pathologie oculaire, que je ferai suivre par l'observation d'une sorte de cataracte qui ne paraît pas avoir été encore observée.

1° Quelques chirurgiens considèrent l'*arc sénile* comme une contre-indication de l'extraction. Chez plusieurs malades dont la cornée présentait cette altération, je n'ai pas vu que l'opération fût moins heureuse, la cicatrisation plus difficile que chez ceux dont le segment cornéal avait conservé toute sa translucidité.

2° J'ai dit plus haut que la double compresse dont on couvrait l'œil aussitôt après l'opération, était remplacée par des lunettes bleues à visière. J'ai observé, qu'à partir de ce moment, les restes tenaces d'ophthalmies plus ou moins violentes ont généralement marché d'une manière très-heureuse et plus rapide. Je me tromperais fort si cette

modification n'était pas due à l'enlèvement des compresses qui couvraient et comprimaient l'œil. En effet, les expériences tentées par M. Velpeau semblent montrer qu'il y a plus d'avantage à laisser libre à l'air l'œil enflammé qu'à le recouvrir de compresses sèches ou médicamenteuses.

3° Voici une observation qui n'intéresse guère que la physiologie. Il m'a semblé que deux individus qui n'avaient recouvré la vue que d'un côté, avaient, momentanément au moins, perdu la faculté de juger des distances; et voici comment : c'était la première fois qu'il leur était permis de fixer un objet; ils reconnaissent aussitôt la montre que je leur présente, mais quand je les engage à la prendre, ils jettent leur main à une distance double de l'objet qu'ils veulent saisir, et ce n'est qu'après de nombreuses hésitations qu'ils y arrivent. Au bout de quelques jours ils ne commettaient plus une pareille erreur. Je n'ai pas été en position de répéter cette expérience sur d'autres malades. Quelle est la cause de ce singulier phénomène? Je ne vois pas que la faiblesse de la vue ou le défaut d'habitude soient des raisons suffisantes pour l'expliquer. Je me demande si ce fait ne serait pas la confirmation de la théorie physiologique qui veut que la duplicité de l'organe soit une des conditions de l'appréciation des distances. En effet, tant que nous ne regardons qu'avec un seul œil nous voyons les objets sur le prolongement d'une ligne droite, et nous n'avons, pour juger de la distance, que le phénomène de la dégradation dans la teinte des couleurs et quelques autres conditions adjuvantes qu'il est inutile de rappeler ici; mais si nous regardons des deux yeux, nous voyons l'objet à la fois sur le pro-

longement de deux lignes droites, et, par conséquent, à leur point d'intersection, qui est la distance réelle, dont nous jugeons probablement par la grandeur du sinus de l'angle d'intersection.

OBSERVATION D'UNE ESPÈCE DE CATARACTE ENCORE INCONNUE DANS LA SCIENCE, ET QU'ON AVAIT PRISE POUR UNE CATARACTE NOIRE.

Marchand, Virginie, est entrée le 15 avril 1838 au n° 18 de la salle Saint-Jean ; elle est née et habite au Hâvre, elle a 26 ans; elle assure que ses parents sont bien portants, et qu'elle n'a jamais entendu parler de cataracte dans sa famille. Elle est fille, bien réglée, s'occupe habituellement de travaux d'aiguille, et jouit d'une bonne santé, troublée quelquefois par des maladies fébriles de courte durée; jamais de maux d'yeux. Elle n'a jamais été sujette aux maux de tête; quelques corizas de temps en temps. Je dois ajouter pourtant qu'il n'est pas certain que sa santé habituelle fût aussi bonne qu'elle nous l'avait dit. Une expression particulière de la physionomie, l'allure et la teinte de la peau pouvaient faire naître quelques doutes à ce sujet. Plus tard je me suis aperçu qu'elle avait un cautère; le lui avait-on établi pour remédier à l'affaiblissement de la vue? Était-ce pour combattre quelque influence dyscrasique? je l'ignore.

Il y a huit ans, sa vue, jusque-là excellente, commença à baisser légèrement, et depuis, cette diminution marcha progressivement, mais d'une manière très-lente. Vers la même époque elle ressentit des maux d'estomac,

des tiraillements qui s'apaisaient en prenant de la nourriture. Forces digestives et appétit à l'état normal. Jamais d'indigestion ni même de pesanteur après des repas copieux. Ventre habituellement libre. Peut-être les règles sont-elles habituellement moins fortes depuis cette époque, et sa santé un peu altérée, bien que depuis un an, dit-elle, elle est devenue tout-à-fait satisfaisante. Du reste, aucune observation dans les fonctions de la vue autre qu'un affaiblissement notable, au point que la malade affirme à plusieurs reprises que si elle distingue la clarté des ténèbres, elle n'en est pas moins incapable de se conduire, d'apprécier la nature, la forme, la distance des objets qu'on lui présente. A une lumière douce elle distingue mieux qu'au soleil ou à une lumière vive. La suite de l'observation montrera que l'on aurait peut-être dû soupçonner quelque exagération dans le rapport de la malade, qui désirait vivement l'opération.

Au premier abord la pupille paraît parfaitement noire; à un examen plus attentif, on trouve un léger reflet gris-verdâtre avec quelques stries d'une teinte un peu plus claire, et qui paraissent un peu antérieures au reflet dont nous parlons. Il n'y a pas de différence bien évidente entre la teinte des deux pupilles; peut-être la gauche est-elle un peu plus terne? Iris gris, se contractant bien sous l'influence de la lumière, ne présentant aucune trace d'un travail pathologique quelconque. Yeux saillants, volumineux, un peu durs. Par l'expérience de la bougie, on constate que l'image renversée manque certainement; que l'image droite profonde est pâle et élargie. La malade est opérée le 30 avril, après avoir subi la préparation ordinairement prescrite par M. Roux. (Petit-lait et bain de

pieds pendant quelques jours, vésicatoire à la nuque immédiatement avant l'opération.

Le cristallin (c'était l'œil gauche qu'on avait opéré) paraît au premier abord pour tous les assistants ne point s'éloigner de l'état normal : telle a été la pensée de M. Roux, si nous avons bien compris la signification du geste qu'il a fait ; son apparence vitreuse (cristalline) le différencie singulièrement de ceux qu'on a déjà extraits dans la même série. Je n'ai pu l'examiner que 10 minutes environ après l'opération. Je trouve alors que, s'il a un aspect demi-transparent, il n'est pourtant pas totalement incolore, comme il devrait l'être chez un sujet de 26 ans. Il est évidemment beaucoup moins jaune que ceux qui sont placés à côté de lui sur la mêmo coupure; et pourtant il laisse distinguer bien moins clairement qu'eux, à travers leur transparence, les détails du tissu du linge sur lequel il est placé. Sa face postérieure régulièrement bombée présente une trentaine de stries ou plutôt de cannelures incolores qui convergent de la circonférence au centre, comme autant de rayons, et paraissent résulter comme d'autant de petits sillons superficiels. La face antérieure, déchirée par l'incision du kystitôme, ne présente pas de cannelures analogues bien évidentes.

Au premier abord, la masse cristalline paraît assez dense ; mais, en poursuivant notre examen, nous nous apercevons que cette densité n'existe que dans les couches les plus externes ; le centre, qui d'ordinaire forme un noyau plus dur, est au contraire de moins en moins consistant, et enfin demi-fluide tout-à-fait au centre qui paraît plus transparent que les couches corticales. Cela dépendait-il de ce que la surface externe avait été touchée

et par suite altérée par plusieurs personnes? En pressant d'avant en arrière le cristallin entre les doigts, on observe qu'il se sépare en plusieurs fragments triangulaires, justement au niveau des cannelures rayonnées que nous avons signalées à sa face postérieure.

Immédiatement après l'opération, la malade avait vu les doigts de M. Roux, tout en disant qu'elle ne distinguait pas mieux qu'avant. Le 4 mai, à la levée du premier bandeau, l'œil est dans un état parfait. Le 7 mai, on ne se serait pas douté de l'opération, tellement bien elle avait réussi; la malade distingue les objets de l'œil opéré. Constipation habituelle depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, et surtout depuis l'opération; puisqu'elle est restée 11 jours sans aller à la selle. Le 18 mai, elle distingue parfaitement tous les objets, un crayon, une clé de montre, etc... Elle lit couramment *le titre de la Gazette des hôpitaux*, de l'œil gauche seulement. Tout ce qu'elle peut faire de l'œil non opéré, c'est d'en distinguer les lettres, même avec quelque peine; et certainement avant l'opération l'œil gauche était le moins bon. Si l'on m'observe que la malade, avant l'opération, disait ne pouvoir distinguer d'aucun œil les objets de petite dimension, je répondrai que je ne suis qu'historien fidèle, et que la malade, enchantée du résultat de la première opération, sollicitait avec instance d'être délivrée du cristallin de l'œil droit, dont la pupille n'était point aussi exactement noire que 18 jours avant. Les stries grisâtres sont plus nombreuses et plus apparentes. M. de Pirogoff (chirurgien russe distingué), et plusieurs autres, pensent que cette altération appartient à la capsule. L'expérience de la bougie n'est pas renouvelée. On devait opérer la malade

le matin même. Le manque de temps oblige de la renvoyer au 29 mai. Parfaitement exécutée comme toujours, elle n'a présenté rien de particulier à noter d'après le rapport de MM. Letenneur et Bouillon-Lagrange, internes du service. Le cristallin présentait les mêmes conditions que l'autre : même couleur, même dureté à la circonférence avec mollesse au centre, mêmes cannelures, peut-être un peu moins prononcées. Quant à la capsule, une fois le cristallin sorti, elle n'a présenté aucune altération évidente, aucune trace des stries qu'on pensait lui appartenir.

Les suites de cette seconde opération ont été tout aussi heureuses que celles de la première, malgré une constipation opiniâtre. Le 4 juin, on lui donne des lunettes bleues. A cette époque, on ne se fût pas douté que ses yeux eussent subi la moindre opération : pas la moindre injection conjonctivale ; pupille parfaitement noire, nette et régulière ; vue améliorée. Elle sort le 9 et rentre un instant pour être examinée une dernière fois : ses yeux sont très-beaux ; à gauche, il y a quelque chose de blanchâtre tout-à-fait à la partie inférieure de la pupille ; la section des deux cornées est à peine visible ; à droite, elle porte sur la partie moyenne du segment cornéal. Avec ses lunettes bleues, elle distingue rapidement tous les objets qu'on lui présente. Avec des lunettes à cataractes, elle lit couramment le titre suivant : *Nouveaux éléments de physiologie, par M. le baron Richerand*, etc... Il y a évidemment, elle se plaît à le proclamer, une très-grande amélioration : auparavant elle devinait, actuellement elle voit et distingue avec certitude.

Réflexions. — Je n'ai pas eu le temps de me livrer à

des recherches bibliographiques assez complètes, pour affirmer que ce fait soit unique dans la science; toujours est-il qu'il est, à mon avis, bien remarquable comme anatomie-pathologique et comme séméiotique. Le défaut de précision du sens de la vue s'explique merveilleusement, ce me semble, malgré la diaphanéité du cristallin, par cette fluidité des couches centrales de la lentille oculaire, et les inégalités de sa face postérieure; double condition qui devait déterminer dans les rayons lumineux des réfractions insolites qui ne leur permettaient pas, sans doute, de conserver entre eux les rapports indispensables à la netteté des sensations visuelles. N'était-ce pas encore la même cause qui, dans l'expérience de la bougie, empêchait l'image renversée de se produire; image qui est un phénomène dit de réflexion totale à la face postérieure du cristallin, en même temps qu'un phénomène de réflexion directe à la surface concave de la cristalloïde postérieure. Je ne puis me défendre de vous faire remarquer que ce nouveau moyen de diagnostic, sur lequel le dernier mot n'est pas dit, sans doute, a eu ici une importance réelle; car enfin, permettez-moi de vous rappeler que M. Roux, qui, certes, hésite rarement l'instrument à la main, qui a opéré plusieurs milliers de cataractes, disait, au moment même de l'opérer, en plein amphithéâtre, avec cette franchise qui se rencontre bien rarement aujourd'hui, que la nature de cette affection était pour lui pleine de doute et d'incertitudes; que la lenteur de sa marche, chez un jeune sujet, le faisait pencher vers l'amaurose; qu'il n'opérerait d'abord qu'un seul œil à moins que le cristallin ne lui parût vraiment cataracté. En effet, contre son habitude, il n'a opéré les deux yeux

que successivement, et lorsqu'il ne pouvait douter du beau résultat de son *anceps remedium.* Eh bien, à l'aide de ce simple moyen de diagnostic, malgré mon inexpérience j'ai pu annoncer qu'il y avait dans le système cristallinien une altération siégeant principalement derrière la capsule antérieure, laquelle me paraissait et me paraît devoir entrer pour quelque chose dans l'affaiblissement de la vue. Quant à la nature même de l'altération, je devais être moins affirmatif. Je n'avais jamais vu de cataractes noires; mais d'après les faits authentiques rapportés par Wenzel, Edwards et autres, d'après les opinions de nos auteurs classiques sur la cataracte foncée, noire, etc., d'après (1) les expériences que j'ai faites, et la conclusion que j'en ai tirée et que j'ai mentionnée dans ma thèse à propos de la cataracte noire, j'étais fondé à penser, comme tout le monde, que nous avions, en effet, affaire à une cataracte noire. L'expérience est venue nous démontrer que ce n'était même pas une cataracte dans l'acception rigoureuse du terme. Après tout, qu'il me soit permis de dire que le diagnostic primitif, le seul que je fusse en position et en droit d'affirmer, était déjà fort important, et suffisant comme pratique, puisqu'il impliquait l'indication de remédier par l'opération à l'altération siégeant dans le système cristallinien.

(1) Thèse citée.

QUELQUES OBSERVATIONS

ET RÉFLEXIONS

SUR L'ÉTAT DES PLEXUS NERVEUX DANS PLUSIEURS MALADIES;

PAR M. FOUILHOUX,
D.-M.-P., médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc.

Dans un ensemble qui s'entretient par l'influence réciproque des parties qui le composent et par les agents extérieurs auxquels il est soumis, les phénomènes doivent s'unir par une foule de liens. L'esprit, insuffisant pour saisir simultanément tous ces rapports, s'est arrêté tour à tour à chacun d'eux, croyant posséder la vraie théorie, tandis qu'il était arrivé à un aperçu généralisé au point d'y rapporter tout le reste. Toutefois, cette conviction profonde de chaque secte n'a pas été sans fruit, les recherches plus circonscrites ayant permis d'éclairer successivement tous les points. Aussi, laissant le scepticisme qu'avaient fait naître les dissidences des systématiques, on commence à sentir que tous ont atteint la vérité, et qu'il s'agit seulement de faire la part des exagérations qui l'obscurcissent.

Tel doit être l'objet de l'éclectisme qui saisit l'idée fondamentale de chaque système; son principe est bon, et ne devient absurde que parce qu'il a été conduit jusqu'à ses dernières conséquences, au lieu d'être restreint dans de justes bornes.

L'éclectisme ne consiste donc, en réalité, que dans la fusion des principes; alors il nous offrira cette doctrine d'Hippocrate, constituée dans un esprit de progression et de durée, enrichi de toutes les découvertes auxquelles on aura pu parvenir par des travaux isolés.

Cette doctrine d'Hippocrate, encore peu comprise, et que Galien a, le seul peut-être, bien saisie dans son ensemble, ne récuse aucun ordre de vérités. On peut y rattacher les résultats obtenus par deux écoles modernes: celle des physiologistes et celle des anatomo-pathologistes; les premiers adoptant pour boussole l'irritation, et montrant les modifications qu'elle reçoit de la différence dans le caractère des propriétés vitales; les seconds s'occupant surtout du rapport entre les symptômes et les lésions viscérales.

Mais antérieurement à ces dernières lésions en existent d'autres inappréciables à l'autopsie, et résidant aux points de contact entre les nerfs, points de contact appelés plexus ou commissures, et qui représentent des moyens ou conditions secondaires pour faire concourir plusieurs actes à un même but.

Je me propose de présenter quelques observations qui tendent à faire ressortir les rapports entre l'état des plexus nerveux et différents groupes de phénomènes morbides. — L'observation suivante m'a surtout paru pouvoir être présentée dans cette intention; elle est relative à une maladie où se sont succédé plusieurs formes de la fièvre intermittente pernicieuse.

Fièvre intermittente pernicieuse. — Guérison.

Le symptôme prédominant change à chaque accès, de telle sorte que le plexus solaire, celui du cœur, le cerveau, le plexus nerveux pulmonaire sont successivement affectés.

Un homme, âgé de 34 ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, d'une grande susceptibilité morale, à système musculaire énergique et bien développé, n'avait jamais été malade, lorsqu'au mois de juillet 1827, à la suite d'une peine d'esprit, il fut saisi de crampes épigastriques revenant par accès. A ces crampes, qui existaient depuis 36 heures, se joignirent, le 6 juillet, soubresauts des tendons, céphalalgie avec état vultueux de la face, pouls fort et développé. (Saignée du bras ℥xij, potion avec laudanum de Sydenham, gouttes x.) Le soir, mêmes symptômes, mais plus modérés (nouvelle saignée).

Le *second* jour, de trois à cinq heures du matin, spasme épigastrique violent, mouvements convulsifs des membres, torsion des yeux très-sensibles à l'impression de la lumière; calme léger jusqu'à neuf heures du matin; alors retour de l'intensité des symptômes précédents, élancements dans les nerfs des membres; de cinq en six minutes pouls plus faible et plus lent, sensation de froid à l'épigastre, lipothymie (laudanum continué, infus. de fl. de mauve et de pivoine). A trois heures de l'après-midi, apparition d'une *urticaire*, surtout aux membres pelviens. Cette éruption disparaît entre cinq et six heures du soir; alors, retour des accès lipothymiques. (Vésicatoires aux jambes, synapismes promenés, mélange de poudre de quinquina ʒj, de pivoine ℈j, de canelle gr. IV

en dix doses; une dose dans une cuillerée d'eau froide dans les moments de calme). Le soir, à dix heures, moiteur: plus de spasmes; sueur abondante dans la nuit.

Le *troisième* jour, à dix heures du matin jusqu'à midi, douleur constrictive intérieure à gauche de l'ombilic, élévation de la chaleur, accélération et intermittence du pouls. De midi à une heure et demie, accès lipothymique analogue à celui qui a eu lieu le jour précédent dans la matinée; mais il est moins intense. Cet accès se termine par les mêmes symptômes qui en ont été les préludes; seulement le resserrement intérieur a eu lieu alternativement à droite de l'ombilic et à l'épigastre (fomentations émollientes sur l'abdomen, poudre de quinquina et de pivoine continuée, ainsi que le laudanum, sinapismes promenés). Pendant la nuit du troisième au quatrième jour, agitations continuelles, beaucoup de chaleur dans toutes les parties du corps, spasmes dans diverses parties du canal intestinal.

Quatrième jour. L'inquiétude de la nuit s'est prolongée jusqu'à six heures du matin; calme depuis cette époque jusqu'à onze heures. Alors, pesanteur de tête, accablement considérable, chair de poule. A midi, retour des spasmes oculaires, retour aussi des spasmes dans les membres et dans l'abdomen; fréquence et développement du pouls; éclat des yeux; par fois délire qui cesse quand on fixe l'attention du malade par une question. De quatre à six heures du soir, mieux; chaleur brûlante, ensuite légère moiteur, mollesse et ralentissement du pouls. Toujours, quand on explore celui-ci dans les moments de calme, on remarque des soubresauts des tendons. La lan-

gue a été constamment humide, couverte d'un léger enduit jaunâtre, et peu rosée au pourtour.

D'après le désir des personnes qui entourent le malade, un honorable confrère délibère avec moi sur le plan à suivre, et les moyens suivants sont mis en usage : (lavement de quinquina ℥ j en décoction dans eau ℔ jj, avec addition de musc et camphre aa gr. x ; vésicatoire à la nuque, fomentation sur le bas-ventre avec le vin de quinquina ; coton et taffetas gommé autour des pieds et des jambes ; julep musqué de Fuller avec addition de sulfate de quinine gr. v, à prendre par cuillerée à café de deux heures en deux heures ; limonade vineuse.) Pendant la nuit, assoupissement, contorsion des yeux, respiration par la bouche, réponses lentes.

Cinquième jour. Le matin, assoupissement. A deux heures et à sept heures de l'après-midi, calme des principaux appareils ; seulement pesanteur céphalique et abdominale. (Continuation des moyens précédents). Agitation considérable de dix heures du soir à minuit ; calme alors.

Sixième jour. Retour de l'agitation à une heure jusqu'à huit heures du matin. Dans ce laps de temps, torsion oculaire, tendance hypothymique et dyspnée à chaque instant ; l'état nerveux du cœur et des poumons s'est reproduit fréquemment jusqu'à cinq heures du soir. Les spasmes ne cessaient que pour faire place à un accroissement de la chaleur générale, de la fréquence du pouls et à une turgescence faciale. A cinq heures, la sueur s'établit avec chaleur à la peau et diminution de la fréquence du pouls ; le malade mouille plusieurs chemises, est continuellement assoupi, parle en rêvant, mais n'a pas de

tendance lipothymique, ne se plaint pas du ventre, mais seulement des régions où l'on a appliqué les vésicatoires et la moutarde.

Septième jour. Le malade a la langue humide, recouverte d'un enduit jaunâtre à la base. La sueur a continué jusqu'à dix heures du matin; chaleur de la peau modérée, ainsi que la fréquence du pouls. (De demi-heure en demi-heure, tantôt une cuillerée du julep musqué de Fuller, tantôt une dose de la poudre de quinquina et de pivoine.) Agitation pendant la nuit.

Huitième jour. Chaleur âcre et fréquence du pouls, de deux heures à onze heures du matin; ensuite pouls ondulant, sueur avec assoupissement et rêvasseries. Cet état se prolonge jusqu'à six heures du soir. Alors, rémission des symptômes fébriles, moiteur, nulle douleur céphalique ou abdominale.

Neuvième jour. Calme; une chemise mouillée pendant la nuit; pas d'autres évacuations; langue toujours humide et jaunâtre.

Dixième jour. Vers dix heures du matin, palpitations, tiraillements dans la direction des nerfs du cœur. Cet état revient plusieurs fois, surtout de quatre à cinq heures du soir, et se termine chaque fois par une sensation pulsative dans le cerveau. La peau est restée moite, le pouls modéré, ainsi que la chaleur pendant toute cette journée.

Depuis le *dixième* jour (doses de pivoine et de quina seulement), aucune imminence d'accès; la convalescence s'est de plus en plus *confirmée*.

Résumé et réflexions. — La maladie a duré dix jours; elle a présenté plusieurs formes de la fièvre intermittente

pernicieuse. Ainsi elle a été tour-à-tour gastralgique, lipothymique, délirante, dyspnéique.

Le premier jour, la nature de la maladie n'ayant pu être déterminée, des émissions sanguines ont été pratiquées.

Si la cause morale de la maladie et les soubresauts des tendons devaient rendre circonspect sur l'emploi de ce moyen thérapeutique, d'autre part, l'orgasme du système vasculaire et le développement des muscles, assez ordinairement en rapport avec l'énergie de la sanguification, pouvaient être des motifs suffisants pour décider à la saignée, qui, je l'avoue, aurait dû être capillaire plutôt que veineuse.

Quoi qu'il en soit, trois accès décidément ataxiques ont eu lieu le second jour. La poudre de quina et de pivoine a pu modifier avantageusement l'organisme, et contribuer à ce qu'un seul accès ait eu lieu le troisième et le quatrième jours.

Mais l'accès du quatrième jour ayant été très-violent, on a dû craindre pour le suivant une issue funeste, si l'on se bornait à un secours thérapeutique aussi faible. Cette considération, jointe à celle de l'absence des signes d'une inflammation gastro-intestinale, a motivé les médicaments énergiques mis en usage après cet accès. Le résultat a prouvé que l'indication avait été bien saisie : car, le cinquième jour, on a remarqué seulement les prodrômes d'un accès. Le sixième jour, il est vrai, un nouvel accès a eu lieu; mais le julep musqué de Fuller avec sulfate de quinine, donné après sa terminaison, en a décidément prévenu le retour. On n'a plus, dès-lors,

observé que deux fois, jusqu'à la fin, des prodrômes d'accès avec le type tierce.

Les points où s'exprimaient les principaux symptômes ont été : dans le premier accès, le *plexus solaire* et les extrémités des nerfs rachidiens ; dans les accès du second jour, ces mêmes points, de plus les nerfs cérébraux et le *plexus nerveux* du cœur ; de même pour le troisième jour. Ce sont les nerfs cérébraux rachidiens, le *plexus solaire* et le *centre cérébral* sur lesquels l'affection s'est exercée le quatrième jour. Si le plexus solaire a été moins affecté le sixième jour, les *plexus nerveux* des poumons ont paru remplir un rôle supplémentaire. On n'a plus ensuite observé que des *prodrômes* d'accès.

Le premier jour, le système sanguin paraissait presque au même degré de surexcitation que le système nerveux. Depuis le second jour, l'état nerveux a constamment dominé. Un phénomène remarquable a eu lieu le second jour, c'est l'urticaire précédé d'une sensation de froid à l'épigastre. Qu'une éruption semblable eût eu lieu à l'intérieur par une influence nerveuse exagérée, et qu'elle eût été fixée par des médicaments excitants et toniques ; que le malade eût succombé et en eût présenté des traces à l'autopsie, nul doute que la lésion n'eût été considérée comme le foyer ou le point de départ des symptômes. Si, dans le cours de cette fièvre, le système capillaire de la muqueuse gastro-intestinale a été le siége d'une surexcitation analogue, l'irritation a dû être fugace ; car le malade accusait des spasmes, un sentiment de mordication, tantôt dans un point tantôt dans un autre de la cavité abdominale. Ce qui contribue le plus à éloigner l'idée d'une inflammation gastro-intestinale, c'est que,

dans l'accès qui a eu lieu le surlendemain de l'emploi de médicaments excitants nombreux et compliqués, la scène morbide s'est passée sur les *plexus nerveux* du cœur et des poumons plutôt que sur le *foyer nerveux* épigastrique.

Dans cette observation l'urticaire était un épiphénomène, tandis que le dérangement des synergies et l'état des plexus nerveux constituaient le fond de la maladie. J'ai cru devoir mettre en regard l'observation suivante, où la nature du mal se manifestait par l'urticaire plutôt que par la manière d'être des principaux foyers de sensibilité et d'action.

Le 23 juin 1829, un jeune homme de 22 ans, sanguin et bien constitué, fut pris vers le milieu du jour de malaises, bientôt suivis d'anéantissement, d'agitations à la région épigastrique, d'oppression, de battements tumultueux du cœur, puis de vomissements mucoso-bilieux, de sueurs froides, enfin d'une éruption par plaques analogues à celles que déterminent les orties. Ces plaques existaient en général par tout le corps, mais spécialement sur le devant du tronc et aux quatre membres, là où les téguments avaient plus de ténuité.

Quelques bourdonnements d'oreille avaient lieu, la figure n'était pas injectée, la langue ne présentait aucun signe d'irritation; nulle douleur au pharynx ou sur les côtés de la poitrine; peu de soif et de chaleur viscérale; pouls peu fréquent et peu développé (15 sangsues à l'épigastre; infus. émoll. et légèrement diaphorétique). L'éruption a disparu et s'est reproduite à plusieurs reprises dans la journée. Sur les neuf heures du soir, douleur à l'hypogastre, épigastralgie moindre; l'urine n'a

pas été rendue depuis le matin; la région de la vessie n'est pas tendue; le col de cet organe est douloureux; (catapl. émollient sur l'hypogastre; 10 sangsues au périnée).

Le second jour, persistance de la rétention d'urine; ce fluide paraît du reste sécrété en moindre quantité. L'éruption ortiée paraît et disparaît; quelques vomissements et palpitations; sueur abondante (bain de tout le corps, demi-lavement émollient ensuite, boissons adoucissantes et acidulées alternativement). Plusieurs évacuations d'urine dans la journée à la suite du bain. Le troisième jour, il ne reste presque aucune trace d'éruption; les phénomènes nerveux sont calmés du côté du cœur, de l'estomac et de la vessie (mêmes moyens); la transpiration continue, la constipation persiste.

Le troisième et le quatrième jours, calme plus prononcé, évacuations alvines, sécrétion urinaire comme dans l'état normal. Retour de l'appétit; dès-lors convalescence.

Remarques. — Dans cette maladie existe d'abord une concentration des forces, à laquelle succède une réaction de l'ensemble du système nerveux. Des spasmes ont lieu dans les principaux plexus du grand sympathique; le spasme prédomine d'abord au plexus cœliaque; il se transporte ensuite aux plexus nerveux rénal et hypogastrique. La nature de l'éruption ne dépendait-elle pas d'une modification éprouvée par le système dermoïde, par suite d'une tendance supplémentaire à l'égard des reins, dont les fonctions étaient interceptées? La détente amenée dans le système nerveux par les dégorgements capillaires et le bain ont déterminé le retour des exhalants cutanés à leur

état normal, et des organes sécréteurs à leurs conditions premières.

Dans l'observation suivante, que j'exposerai d'une manière succincte, des palpitations habituelles disparaissent par l'affection successive de différents plexus et centres d'innervation.

Madame V..., agée de 22 ans, d'un tempérament nerveux, avait, à diverses reprises, éprouvé des spasmes dans les cavités splanchniques et des angiopyrics de peu de durée. Depuis plusieurs années elle était sujette à des palpitations. La menstruation était abondante et régulière.

Dans les premiers jours de septembre 1828, la température s'étant abaissée et madame V... étant à l'époque de ses règles, suppression de celles-ci ainsi que de la transpiration à la suite d'un refroidissement. Dès-lors, douleurs abdominales suivant le trajet des nerfs lombaires; nausées, vomissements, crampes épigastriques; peu d'augmentation dans la chaleur cutanée et la fréquence du pouls (sangsues aux cuisses, sinapismes, fomentations, calmants).

Cet état persiste pendant sept jours avec des redoublements matin et soir. Une angine légère qui succède a la même durée. Cette angine est suivie d'une fièvre intermittente quotidienne soporeuse et délirante tour à tour, qui alterne avec une surexcitation nerveuse épigastrique. (M. Gensoul est appelé en consultation.) (Le sulfate de quinine est donné en lavement), diminution des accès; (vésicatoires aux jambes), crises par une leucorrhée abondante pendant trois jours. Dès-lors convalescence.

Quatre jours après que celle-ci a commencé, douleurs et gonflement dans les parties génitales externes.

Pendant tout le cours de la maladie les palpitations de cœur ont été nulles.

On a dû remarquer aussi la surexcitation des plexus lombaires et de leurs irradiations dans les parois de l'abdomen. Cette circonstance a bien souvent donné lieu de croire à une péritonite. Si je n'avais craint de dépasser les limites de ces considérations, j'aurais présenté quelques faits qui tendent à faire ressortir la différence des symptômes et du traitement de ces deux affections.

Le déplacement d'un état nerveux du cœur et des poumons a été plus remarquable encore chez le malade ci-après.

Charles Sarragini, de Dôle, âgé de 36 ans, exposé par son état à subir toutes sortes d'intempéries, menant une vie très-active, était, depuis trois ans, affecté d'une oppression presque habituelle avec palpitations et accès de toux, terminés par des expectorations glaireuses. Son état s'était beaucoup aggravé depuis un an, et surtout depuis trois mois. La poitrine était sonore, le pouls souple, régulier et fort; le cœur ne présentait pas de signes évidents d'hypertrophie ou de dilatation, plutôt cependant un état mixte du côté droit, avec léger reflux par les veines jugulaires externes. (Les plexus nerveux des poumons et du cœur me paraissaient spécialement affectés). A la suite d'un voyage à Grenoble, le 12 octobre 1829, exacerbation violente (applications stibiées devant et derrière la poitrine). Le lendemain matin, perte de connaissance, chute, état ci-après : *paralysie aux membres droits; la respiration, qui avait été jusque là si gênée, s'est exercée*

avec aisance; point de stertor; *plus de palpitations*; le malade exprime de temps en temps le besoin d'uriner et accomplit cette fonction. Tantôt sommeil paisible, tantôt sorte de somnambulisme; alors conservation du tact, agitation des *membres du côté gauche*; immobilité des pupilles, qui sont resserrées; contraction des paupières du *côté gauche*, quand on fait effort pour les écarter. On peut ouvrir sans résistance l'œil du côté droit. Aucune déviation de la face. Le malade paraît quelquefois prêter l'oreille; il se refuse à boire de sa potion, prend volontiers un peu de vin, ne profère aucune parole, aucun cri, ne montre pas sa langue quand on l'y engage. Quand il est dans un état de demi-réveil, ou plutôt de somnambulisme, il se soulève, tourne la tête en divers sens, soulève son bras paralysé avec sa main libre.

Ce malade, dont M. le docteur Gauthier a constaté la position, a été, peu de temps après, transporté à l'Hôtel-Dieu, où il a succombé quelques jours plus tard, après avoir été en proie à des accès de manie, que M. le docteur David a fait cesser par les opiacés. J'ignore les résultats de l'autopsie. Si on a trouvé un épanchement dans l'hémisphère opposé à la paralysie, je pense qu'il n'a pas existé dans les premiers jours. En effet, l'état de l'intelligence, le défaut de déviation de la bouche, le resserrement des pupilles, la contraction de l'orbiculaire palpébral du côté opposé à la paralysie, ne sont pas favorables à l'opinion qui consisterait à admettre une compression cérébrale. D'ailleurs l'épanchement sanguin cérébral ne fait pas cesser un état de dyspnée habituelle. Entre autres faits qui témoignent la persistance et l'augmentation de la gêne respiratoire, lors d'une hémorrhagie cérébrale, je pour-

rais citer un apoplectique auquel j'ai donné des soins, conjointement avec les docteurs Montain et Chinard.

D'autre part, on ne saurait admettre que l'épanchement sanguin est résulté d'une encéphalite circonscrite du côté opposé à l'hémiplégie. En effet, les membres paralysés n'ont pas offert ces accès de contracture qui se lient à l'existence d'un ramollissement cérébral. Tout contribue donc à faire admettre qu'un état nerveux encéphalique a remplacé celui qui était habituel du côté des organes respiratoires et circulatoires. Cet état nerveux a pu être l'occasion d'une exhalation sanguine dans la substance cérébrale; cette opinion peut être suggérée par le raisonnement et par la connaissance d'autres faits de ce genre, que renferme surtout l'ouvrage d'Abercrombie.

Les maladies chroniques présentent souvent des successions de spasmes à l'épigastre, vers le cerveau et vers les plexus pulmonaires.

Une femme était sujette à une migraine qui alternait avec gastralgie et pneumatose des voies digestives.

Un homme de 38 ans, d'un tempérament mélancolique, avait été somnambule pendant plusieurs mois; depuis, il devint sujet à une gastralgie qui cessait quelquefois pour faire place à un spasme des plexus rénaux et hypogastriques. Il y avait trois semaines que cette dernière affection existait, caractérisée surtout pendant la nuit par des envies d'uriner à chaque instant, avec une difficulté extrême dans l'émission du fluide. Divers calmants avaient été mis en usage. Un emplâtre de gomme fétide sur la région hypogastrique, l'emploi de la teinture de colchique, à la dose de trente gouttes en trois fois chaque jour, conjointement avec les anodins et les émulsions camphrées, ont

contribué à résoudre cet état nerveux sans donner lieu au retour immédiat de la gastralgie.

Mais les métaptoses n'ont pas lieu seulement entre les plexus de la vie organique et le centre cérébral. L'irritation peut encore abandonner l'un des plexus rachidiens pour se porter aux centres nerveux viscéraux, ou réciproquement.

Comme exemple du premier mode de déplacement, je citerai un malade qui m'avait été confié par le docteur Desgranges. M. Grimaud avait souffert pendant dix jours d'une sciatique dont la disparition coïncida avec une épigastralgie bientôt accompagnée d'un prurit à la glotte, d'une toux avec dyspnée fatigante, nausées, vomiturітions, constipation et céphalalgie. La guérison eut lieu à l'aide d'un vésicatoire à la face interne du bras gauche, des pilules de cynoglosse et des lavements.

Les observations suivantes sont relatives au transport d'un spasme intérieur sur le plexus sciatique.

Une domestique de M... était sujette à des douleurs et à des resserrements épigastriques, dont les accès étaient accompagnés de dyspnée et de palpitations; la menstruation était faible et irrégulière. Quelquefois le spasme des plexus solaire et thoracique disparaissait pour faire place à une constriction gutturale avec gonflement du col, quelquefois aussi pour se porter au foyer commun de l'origine des nerfs. Alors, céphalalgie, somnolence, état vultueux de la face. Ce désordre dans l'action nerveuse du côté des centres de vie a cessé pendant un mois et demi, laps de temps où la malade a été affectée d'une sciatique.

Blanchet, ouvrier en soie, Montée du Gourguillon, n° 6, était tour à tour en proie à un spasme épigastrique, pec-

toral, guttural et mésocéphalique. Ces désordres ont cessé pendant la durée d'une sciatique.

Les épidémies, dans leur influence sur les populations, peuvent s'assujettir aux mêmes lois que les maladies chez les individus, isolément considérés. Ainsi, l'affection catarrhale, que l'on a désignée sous le nom de grippe, paraissait envahir telle ou telle commissure du système ganglionaire, et, suivant celle qui était d'abord atteinte, irradier sur tel ou tel organe. Le catarrhe pulmonaire n'a pas toujours été signalé comme son élément principal, ni même comme lésion constante. Lepecq de la Clôture décrivant une de ces épidémies, dit : « Que les bilieux reçurent le coup de la grippe sur le foie et devinrent ictériques. »

Il serait facile d'agrandir et de varier l'exposition des faits relatifs à l'affection des plexus ; je pourrais aussi présenter plusieurs observations intéressantes qui se rapportent aux plexus formés par les nerfs des membres ; mais je sens que déjà peut-être j'ai dépassé les limites où je devais me renfermer.

Je me suis proposé de fixer le siége affecté par l'irritation dans le commencement ou le cours de plusieurs états morbides. Il n'entrait pas dans mon plan de parler des lésions qui surviennent ensuite et quelquefois de prime-abord dans les membranes ou dans les parenchymes. L'irritation n'est bien en relief dans son point de départ qu'avant son association avec une angéioténie locale ou générale. Dans son origine, ou quand elle se soutient quelque temps dégagée de l'une ou l'autre de ces coïncidences, on observe un dérangement partiel ou général des synergies. Elle dépend alors de l'interruption ou de l'inertie de l'une des fonctions de la vie assimilatrice ; les forces vi-

tales se refusant à certains actes qui doivent naturellement en dépendre, s'emploient alors pour l'exagération de la sensibilité perceptive et de la contractilité organique sensible. C'est donner à entendre que dans ma manière de voir, l'irritation ne saurait s'assujettir à varier seulement en plus ou en moins. Il existe encore des modifications qui tiennent à l'espèce de fonction et de synergie compromises. Dès-lors, les moyens pour résoudre définitivement les spasmes devront être différents, après, toutefois, avoir modéré la surexcitation nerveuse, ou après avoir écarté les coïncidences qui tiennent, soit à l'hypérémie locale, soit à l'excès d'énergie de la totalité du système sanguin.

MÉMOIRE SUR L'ACTION ET L'EMPLOI DES PURGATIFS;

PAR M. SUHARD,

Docteur-Médecin au Mans (Sarthe).

(Suite) (1).

§ I. *Toute l'importance des fonctions de l'appareil digestif se résume dans l'accomplissement de deux actes complexes,* l'absorption *et* l'élimination.

La prédominance de ce dernier acte est déterminée par des dispositions intimes, ou par l'introduction de corps étrangers.

Ceux qui produisent le plus constamment ce résultat,

(1) Voir le premier article dans la *Revue médicale* du mois de mai dernier, t. II de 1838, p. 191.

sont connus en matière médicale sous le nom général d'évacuants.

Les purgatifs forment une division de cette classe.

Leur action est caractérisée par une synergie vitale, dont nous pouvons apprécier quatre modifications élémentaires.

1° De l'innervation, des nerfs, agents principaux, indispensables de tout phénomène de la vie organique et animale (*sensibilité*).

2° De la circulation, considérée dans les vaisseaux et glandes, instruments sécréteurs et exhalants (*vascularité*) (1).

3° De la contraction, des muscles et des membranes, organes du mouvement, de l'expulsion (*contractilité*).

4° Des humeurs, base, matériaux de toute sécrétion nutritive ou excrémentitielle (*plasticité*) (2).

Quoique ces modifications ne se manifestent pas isolées les unes des autres, c'est cependant par l'influence spéciale de l'une d'elles que nous interprétons dans quelques cas pathologiques le résultat obtenu.

Ce résultat est physiologique ou thérapeutique, primitif ou consécutif.

Afin d'apprécier exactement sa valeur, il est important d'étudier l'état antérieur à l'administration du médicament.

OBS. I. — *Colique catarrhale bilieuse.* — Dubois, âgé de vingt-huit ans, de constitution robuste, sujet aux dou-

(1) Ne trouvant point de terme général, j'emploie celui-ci faute de mieux.

(2) Même observation.

leurs rhumatismales, d'un tempérament sanguin bilieux, éprouve depuis plusieurs jours des frissons suivis de chaleur; il est constipé. Aujourd'hui 27 juillet 1832, appelé auprès de lui pour une colique violente dont il est atteint depuis la veille, je constate l'état suivant :

Les lèvres, les ailes du nez et les conjonctives sont jaunes; les pommettes sont plaquées de rouge; la langue est épaisse, enduite d'une couche muqueuse jaunâtre; rapports nidoreux, bouche amère, pâteuse, soif; le ventre est dur sans être distendu, il est douloureux à la pression, surtout vers l'hypochondre droit : le pouls est à 80.

Prescription :

Huile de croton. . . . . . ℥ ij.
Dans sirop simple. . . . ℥ ℔.

A prendre de suite en deux doses ; bouillon aux herbes, après chaque évacuation.

28. L'effet désiré ne s'est pas fait attendre; le malade a eu huit selles bilieuses, très-fétides, mais peu abondantes. Après l'ingestion du médicament, il a senti une chaleur âcre à l'œsophage et à l'estomac; il a eu quelques nausées sans vomissements; les selles sont survenues une heure après la seconde prise du médicament.

La purgation a duré six heures et demie; sa colique a été immédiatement modifiée avantageusement.

La langue a repris son état naturel, la figure ne présente plus ces nuances si tranchées de jaune et de rouge; le ventre est mou, il n'y a pas de soif, l'appétit se fait sentir; le pouls est tombé à 70; aucune douleur dans l'abdomen.

Pour éviter les répétitions, je me bornerai à faire ressortir ici la promptitude avec laquelle disparut la douleur

sous l'influence du drastique administré; je tirerai des conclusions nouvelles des faits à fur et à mesure que j'avancerai dans ce travail.

Obs. II. — *Colique saturnine, traitement mixte.* — Chartier, âgé de 18 ans, apprenti peintre en bâtiments, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, était occupé depuis plusieurs semaines à broyer diverses couleurs, lorsque le 15 septembre 1832 il fut pris de nausées, de douleurs abdominales violentes avec gêne considérable de la respiration; sa figure est pâle, grippée; la langue est rose, le ventre tendu, la voix est faible; il y a quelques soubresauts des tendons, il rend avec peine quelques gouttes d'urine limpide; les articulations sont douloureuses, il accuse un brisement général des membres; l'artère est singulièrement dure; il n'y a pas de fièvre. Outre l'appréciation des circonstances antérieures au milieu desquelles la maladie s'était développée, la couleur de la face, la dureté de l'artère, sa petitesse, la strangurie, la limpidité de l'urine, l'absence de fièvre donnaient à cette colique un cachet particulier.

Ne trouvant pas chez ce sujet de dispositions favorables à l'évacuation abdominale, je prescrivis un bain tiède de deux heures, une potion opiacée, un lavement salin et la limonade sulfurique pour boisson.

16. Même état, constipation opiniâtre, ventre rétracté; langue légèrement blanche; même traitement que la veille.

17. La langue s'est couverte d'un enduit plus prononcé; le pouls est moins dur.

Gomme gutte.
Résine de jalap. . . . āā g̃. X.
Savon médicinal. . . . ℈ j.

Huile de croton. . . . ℥. iij.
Miel. . . . . q. s.

Six pilules dont on prendra une de demi-heure en demi-heure, dans la matinée du 18; lavements répétés avec une infusion de follicules de séné et de sulfate de soude, demi-once de chaque sur huit onces d'eau.

Le 18 au soir, le malade a vomi plusieurs fois des matières verdâtres, filantes; il a eu deux selles assez copieuses; ses douleurs sont moins vives; la face est plus animée; les urines ont coulé plus facilement; elles sont plus colorées que la veille; le pouls est moins dur; il s'est élevé de 64 à 72; la respiration est plus libre; disposition au sommeil; faiblesse générale.

Potion opiacée, limonade gommeuse sulfurique.

Le 19, mieux; langue blanche.

Huile de ricin.
Sirop de limons. . . . ãã ℥ ij.

A prendre par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure, bouillon de veau, demi-lavement comme ci-dessus.

Quatre selles sans coliques, verdâtres, liquides: mieux considérable après cette évacuation; on donne quelques bouillons au malade.

Le 20, le mieux continue, — un bain gélatineux.

La convalescence s'établit; le 26, Chartier se trouva parfaitement guéri.

La colique saturnine se traduit par tous les signes d'aberration du système nerveux. Ce système est profondément affecté de l'action du métal; tous les grands maîtres, et Stoll en particulier, ont signalé sa liaison avec la colique bilieuse; elles se confondent quelquefois. L'opium, ce puissant modificateur de l'innervation, semble,

dans cette circonstance morbide, favoriser l'action des purgatifs; il produit une *détente locale* en opérant une diversion spéciale sur le cerveau. Les purgatifs, déterminant un travail éliminatoire immédiat, doivent compléter la série des moyens thérapeutiques employés pour rétablir l'équilibre nerveux.

Obs. III. — *Embarras intestinal.* — Le 2 octobre 1833, Lussant, vieillard de 69 ans, d'un tempérament sanguin, bien conservé, se plaint de douleur tensive abdominale, de courbature, de céphalalgie sus-orbitaire. Cet état existe depuis huit jours; il ne dort pas, il souffre des articulations inférieures; sa face est pâle, la langue couverte d'un enduit grisâtre très-épais; son haleine est désagréable, il n'a pas d'appétit, il est constipé; le ventre est tendu, douloureux à la pression; la respiration est accélérée; le pouls n'est point fébrile quoique intermittent.

Sulfate de soude. . . . . . ℥ ij.

Dans une pinte de bouillon de choux, à prendre dans la matinée.

Le 3, Lussant a été treize fois à la selle : il a éprouvé quelques légères coliques; les matières rendues sont fétides, très-abondantes, de couleur jaune pâle.

Le sel purgatif a été pris de cinq à six heures du matin. Les selles ont apparu à six heures et demie : elles se sont succédé promptement. A onze heures, elles avaient cessé.

Le soir, à cinq heures, il se trouve bien, un peu faible cependant; le pouls n'a pas changé, la respiration est plus libre; il n'y a plus ni céphalalgie, ni douleur abdominale; la langue est nette, l'appétit se fait sentir.

Obs. IV. — *Diarrhée catarrhale.* — La fille Bouvet,

âgée de 23 ans, pléthorique, de tempérament sanguin, lymphatique, régulièrement réglée, est atteinte, depuis cinq jours, de diarrhée glaireuse de six à huit selles dans les vingt-quatre heures : frisson chaque soir, suivi d'un léger mouvement fébrile ; le ventre n'est point douloureux à la pression ; la langue est fortement muqueuse, surtout à la base ; l'appétit est nul, la bouche est fade, l'haleine fétide ; il y a quelques nausées, quelques rapports aigres ; pouls à 76, respiration 16.

Infusion de rhubarbe. . . . ℥ ß
Dans eau. . . . . ℥ viij.
Ajoutez : sulfate de soude. . . ʒ iij.

A prendre par tasse dans la matinée du lendemain, 24 mars 1834.

24. Le purgatif détermine douze selles, accompagnées de coliques ; le pouls s'accélère beaucoup : il monte à 100 ; la figure est animée, la respiration n'est pas modifiée sensiblement ; la nature physique des selles est changée : elles sont plus foncées, moins épaisses ; la purgation dure sept heures.

25. Nulle colique, nulle selle, ventre insensible à la pression, pouls à 70, langue naturelle, appétit, guérison complète.

Du rapprochement des deux faits qui précèdent, ressort l'avantage d'un cadre thérapeutique dans lequel le traitement de la forme, si variable, se trouve subordonné à des conditions fondamentales.

C'est ce qu'avait senti l'école de Montpellier en rajeunissant l'ancienne idée des *éléments*.

Obs. V. — *Etranglement herniaire.* — La veuve Richard, âgée de 80 ans, est atteinte d'une hernie crurale

droite depuis cinquante ans. Cette hernie, formée par une portion d'intestin et d'épiploon, est irréductible; la malade soutient au moyen d'un suspensoir approprié le poids de la tumeur qui dépasse quatre livres.

Le 22 mars 1834, après une indigestion causée par un repas copieux, la veuve Richard vit tout-à-coup augmenter le volume de sa hernie; une vive douleur s'y fait sentir. Bientôt cette douleur s'irradie dans tout l'abdomen, qui devient tendu, météorisé; le pouls s'accélère, la face devient rouge, les yeux étincelants; la langue est muqueuse, blanchâtre; des rots nidoreux s'échappent à de légers intervalles, le hoquet survient : bain tiède de plusieurs heures, lavements émollients.

23 au matin. La nuit a été très-mauvaise, les désordres qui accompagnent l'étranglement ont augmenté, la constipation est opiniâtre : un bain tiède, et après le bain lavements répétés avec la mixture suivante :

℞	Infus. de follicules de séné. . .	℥ ß
	Dans eau.	℥ xij.
	Ajoutez : teinture d'aloës. . .	ʒ j.

La moitié de ce lavement fut à peine administrée, qu'une énorme quantité de matières fécales s'échappa en une seule fois.

Le vase de nuit en fut rempli : on y remarque des haricots non digérés.

Une lypothimie a suivi cette expulsion; la tumeur crurale a repris son volume.

Midi. Donner le reste du lavement en deux portions.

Dix heures du soir. Six selles sont survenues; le ventre est affaissé, non douloureux; le pouls est encore accéléré, mais la femme Richard se dit sauvée : elle me remercie.

Le 24, l'état de cette femme est des plus satisfaisants; il n'y a plus de fièvre, la tumeur est à l'état normal, une grande faiblesse existe : alimentation légère, infusion de tilleul sucrée, repos au lit.

Le 26, la femme Richard était rétablie.

OBS. VI. — *Empoisonnement par l'extrait de belladone.* — M. X, âgé de 20 ans, atteint de blennorrhagie, éprouvait des érections douloureuses.

L'usage de fomentations, composées d'un gros d'extrait de belladone dans 8 onces d'eau, lui fut conseillé.

Le 20 novembre 1834, M. X s'était administré en lavement la moitié de cette mixture.

A peine reçue, il sentit un tel malaise que je fus appelé auprès de lui.

Je le vis couché sur le dos, la figure rouge, les yeux fixes, brillants; il me dit qu'il était ivre, qu'il voyait des corps fantastiques, que tout lui paraissait tourner autour de lui, qu'il souffrait de la gorge. La cause de cet accident était évidente : il fallait agir aussitôt. Deux cuillerées de salpètre, que je trouvai dans la maison, furent dissoutes dans un verre d'eau et injectées.

Après quelques minutes, le lavement fut rendu, ainsi qu'une grande partie de la mixture narcotique; deux selles suivirent sa sortie.

On fit prendre ensuite au malade trois pintes de petit lait, contenant une once de crème de tartre en solution; cette boisson détermina un flux considérable d'urine : il y eut encore quelques selles (1). Soif vive, légère limo-

(1) J'ai eu deux fois l'occasion d'observer que la belladone à haute dose avait une action diurétique. — Les boissons copieuses, le ni-

nade gommeuse; le pouls dur et fort, mais peu accéléré, n'offrit pas de changement remarquable pendant la durée de cette crise ; la pupille ne fut point dilatée, comme il arrive dans la plupart des cas d'empoisonnement par la belladone.

Le 21, presque tous les accidents avaient disparu. Le pouls était onduleux, une sueur copieuse s'établit ; je fis donner à mon malade une décoction de salep.

Le 22, il était bien ; à ma grande surprise la blennorrhagie n'existait plus.

Je vis M. X. quelques jours après ; elle n'avait pas reparu.

Obs. VII. — Durant l'hiver de 1832 à 1833, j'eus occasion d'étudier une épidémie de fièvres muqueuses, vermineuses, concentrée dans un quartier de la ville du Mans.

Ce quartier, situé sur la rive droite de la Sarthe, à l'extrémité nord de la section du pré, se trouve exposé aux vents de nord-nord-ouest.

Plusieurs enfants, âgés de 7 à 14 ans, succombèrent à cette époque; je pus pratiquer quelques nécropsies dans des familles dont tous les individus étaient frappés.

Le caractère le plus constant, le plus saillant, était un amas de mucosités filantes et blanchâtres qui tapissait une grande partie de la membrane intérieure de l'intestin, à partir de l'estomac; beaucoup de lombrics nageaient dans cette matière.

La muqueuse était blanche partout.

Les individus qui succombèrent avaient été traités d'a-

---

tue, le tartre, rendent toute conclusion impossible dans les deux cas dont il s'agit.

près les idées physiologiques dont j'avais d'abord cru reconnaître l'application.

Quelques sujets auxquels je donnai la rhubarbe unie au calomel et à la magnésie, deux ou trois fois, dans l'espace de huit jours, furent plus heureux.

Leur maladie dura moins long-temps ; voici deux faits dont les conséquences conviennent trop à notre sujet pour que je les omette :

Le 3 janvier 1833, l'enfant Brossard, dont un frère âgé de 11 ans était mort depuis quinze jours, tombe malade, présentant les mêmes symptômes.

Cet enfant est âgé de 8 ans, il est bien constitué; depuis quelques jours il a perdu l'appétit qui avait été précédemment exagéré.

Sa figure est pâle, les paupières sont infiltrées, le nez sécrète une humeur blanchâtre, puriforme, la langue est sale, le ventre balloné, non douloureux à la pression, les urines sont jumenteuses, il y a constipation, le pouls n'est point accéléré (1).

Prescription :

Calomel à la vapeur.
Rhubarbe pulvérisée, . āā ℈. xij.
Magnésie calcinée. . . ℈. vj.

Mêlez en trois paquets, dont on fera prendre les deux pre-

(1) Ces maladies sont pour moi de véritables fièvres humorales *dépuratoires* dont la crise reste inachevée. Un purgatif quelconque hâte la solution, quand une lésion organique n'existe pas. La nature débarrassée reprend ses habitudes vitales; la fièvre hectique, entretenue par une désorganisation, persiste malgré l'accomplissement des crises, parce que le foyer du mal existe toujours, et la nature finit par succomber.

miers, à demi-heure d'intervalle, dans une cuillerée de soupe; le troisième sera donné deux heures après.

4 janvier. La poudre purgative a séjourné huit heures; l'enfant a eu de vives coliques, de la soif, quelques convulsions; mais ces phénomènes ont diminué d'intensité, aussitôt que la purgation a commencé. Cinq déjections alvines eurent lieu; la première contenait des excréments très-durs; les autres étaient composées de glaires filantes, jaunâtres et de plusieurs lombrics; le ventre étant moins tendu; on donna ensuite au malade du bouillon de poulet.

Le 5, même purgatif que la surveille; il n'amena que trois selles bilieuses, facilement accomplies; la soif était assez vive, on la satisfit avec de l'eau d'orge, miellée, nitrée; les urines, qui étaient d'abord jumenteuses, rougirent et déposèrent un sédiment briqueté.

L'enfant Brossard était guéri le 8 janvier; la convalescence fut des plus promptes.

Obs. VIII. — *Fièvre muqueuse vermineuse.* — Fille Montreuil, 16 ans, non réglée, de tempérament sanguin-lymphatique, à cheveux rouges, se plaint, le 18 janvier même année, de douleurs de ventre et de céphalalgie sus-orbitaire. Depuis quinze jours, elle éprouve des alternatives de constipation et de diarrhée; le ventre est dur, tendu; il y a fièvre modérée chaque soir, le sommeil est troublé par des rêves effrayants, la bouche est amère, l'haleine fétide, la langue sale, les pupilles sont très-dilatées, le pouls est à 80.

Tartre stibié. . .	g j.
Sulfate de magnésie.	℥ ß
Dans eau distillée. .	℥ xij.

À prendre de suite, par verre, de quart d'heure en quart d'heure.

19 à midi. Il n'y a eu qu'un seul vomissement, composé de matières filantes, glaireuses; le purgatif a été pris à 6 heures du matin; vingt selles ont été comptées par les assistants, depuis six heures et demie; la purgation continue, le pouls est accéléré (100 pulsations), il est petit, irrégulier; soif vive, respiration libre; les matières rendues par les selles sont diversement colorées, jaunâtres, très-fétides; quelques lombrics vivants : bouillon de choux.

20. La purgation a cessé vers trois heures du soir : la malade a passé une bonne nuit, elle a dormi; le pouls est tombé à 66; le ventre n'est point douloureux, il est souple; plus de mal de tête, la langue est humide, rose, nette; l'appétit se fait sentir : guérison parfaite.

L'avantage de l'évacuation ne saurait être contesté dans ces deux cas : aucune autre méthode ne pouvait la remplacer (1).

A peine le canal intestinal est-il débarrassé du levain morbide qu'il contenait, toutes ses fonctions physiologiques s'accomplissent régulièrement.

Je reviendrai plus d'une fois sur ce texte important de *l'évacuation*, cause principale, évidente, de guérison, dans une classe étendue de maladies.

---

(1) Il n'y avait point de *lésion* organique dans ces deux cas. Il faut bien se garder de les confondre avec les fièvres *tuberculeuses*, toujours accompagnées de fonte purulente, de *colliquation*, véritables phthisies abdominales. Ces fièvres *tuberculeuses* sont ordinairement sporadiques; les purgatifs ne leur conviennent pas.

§ II.

Après avoir étudié l'action du purgatif directement appliqué sur l'organe malade, nous allons maintenant rechercher par quelles sympathies cette action devient favorable au rétablissement normal d'organes plus ou moins éloignés, de fonctions plus ou moins *indépendantes* de celles du canal intestinal.

Nous retrouverons dans ce paragraphe les mêmes *éléments* d'action que j'ai fait ressortir dans le premier.

Obs. IX. — *Colique hépatique catarrhale.* — La femme Coulon, âgée de 40 ans, mère de plusieurs enfants, bien réglée, de tempérament bilieux mélancolique, est atteinte, le 4 avril 1834, de douleurs lancinantes à l'hypochondre droit ; la respiration est difficile; le foie n'a point augmenté de volume; mais en refoulant de bas en haut dans la région qu'il occupe, la malade pousse des cris; elle est constipée habituellement; inappétence, apyrexie, légère teinte ictérique, urines foncées, mais coulant librement; point de soif, langue jaunâtre, bouche amère, haleine désagréable.

Sulfate de magnésie. . ℥ ij.
Petit lait. . . . . ℔ ij.

A prendre de suite, par verres, de quart d'heure en quart d'heure.

5. La malade a senti beaucoup de répugnance pour ce purgatif; elle a eu quelques nausées, mais point de vomissements : les selles ont commencé après l'ingestion du quatrième verre, sans coliques; les matières évacuées ne sont pas très-abondantes, elles sont jaunes, bilieuses, peu con-

sistantes; le pouls est à 60; la respiration s'accomplit librement; ni chaleur, ni douleur à l'abdomen; langue pâle. Retour à la santé.

Obs. X (1). — *Engorgement du foie.* — Gervais, jardinier, robuste, âgé de 40 ans, se trouvait en route, le 6 janvier 1833, par un temps froid; il fut saisi le soir d'un frisson violent, suivi de fièvre avec point de côté à droite. Visité le 7 au matin, il présente l'état suivant :

Figure rouge, conjonctives injectées, toux sèche, très-pénible; mouvement nul, coucher en supination, langue rouge et sèche, pouls à 120, respiration 40, soif vive, ventre tendu, sensible; urines rares, très-rouges, brûlantes au passage; la poitrine résonne bien, les battements du cœur sont tumultueux, forts, précipités; la respiration est entendue dans les lobes inférieurs du poumon droit, elle est partout normale. Une saignée de quatre palettes fut pratiquée de suite; des boissons émollientes, nitrées, furent prescrites.

8. Même état que la veille, diminution du bruit respiratoire en arrière à droite et en bas, toux sèche, petite; crachats nuls, urines très-rouges; encore une saignée de trois palettes, potion béchique, même tisane : il est à remarquer que le sang se couvrit d'une couche couenneuse, la seconde fois seulement.

9. La fièvre est modérée, mais la douleur de côté persiste, la gêne de la respiration augmente (20 sangsues au-dessous des côtes droites).

(1) Le titre de ces deux observations pourrait être changé suivant les théories de chacun, sans que les conséquences pratiques y perdissent rien. Bright, de Londres, a récemment publié des faits analogues sous un autre nom. *Gaz. méd.*, 1838.

10. Nouveau frisson qui dure deux heures; l'épaule droite devient douloureuse; j'explore de nouveau le côté malade: le foie fait saillie de deux travers de doigt, la poitrine se déforme, elle est plus saillante à droite qu'à gauche; coloration ictérique; point de crachats; toux sèche, lavements émollients, cataplasmes de farine de lin, mêmes prescriptions.

Cet état se prolongea jusqu'au 24; la fièvre revenait chaque soir, le malade ne suait point, ne crachait point, urinait peu; le foie était toujours saillant, la respiration très-pénible, le ventre me parut fluctuant, il y avait commencement d'ascite.

25. Le pouls était à 88, le malade perdait ses forces, la langue rouge d'abord s'était blanchie au milieu, elle était plus humide, la soif moins vive.

Je prescrivis la potion suivante:

Infusion de follicules de séné.	ʒ ij,
Dans eau.	℥ iv.
Ajoutez : manne en larmes. . .	℥ j.
Crème de tartre soluble. . .	℥ ß

A prendre en trois portions dans la matinée du lendemain.

26. Cette médecine a produit le meilleur effet : elle a occasionné cinq selles bilieuses très-fétides; le pouls a immédiatement baissé, il est aujourd'hui à 70; le ventre ne présente point de fluctuation, la langue est uniformément blanche, la respiration est moins gênée.

Même potion à prendre le 27 : bouillon aux choux.

28. Huit selles copieuses, sans colique, respiration naturelle, l'hypochondre n'est plus saillant, le foie a repris son volume ordinaire; pouls à 64; besoin d'aliments, som-

meil, gaieté du malade; il peut se remuer dans son lit; mais il se plaint de constipation.

Le 31, j'ordonnai pour la troisième fois la même potion; elle fut prise dans la matinée.

Le malade n'eut que trois selles très-foncées. Après cette purgation, la convalescence s'établit promptement, les forces revinrent avec l'appétit.

Chez ces deux sujets, le foie se trouvait dans des conditions morbides; mais dans chacun, elles se manifestent par des signes particuliers.

Chez la femme Coulon, la douleur est le seul *élément* que nous trouvions.

Chez Gervais, l'état pathologique est composé *d'éléments* distincts; outre la douleur, nous pouvons constater le trouble du système circulatoire par les mouvements exagérés du cœur et des vaisseaux sanguins. Ne saurions-nous donc admettre, aujourd'hui, ce que nos devanciers regardaient comme hors de doute, que la bile a joué un rôle important dans cette maladie? N'y a-t-il pas eu véritable congestion bilieuse manifestée extérieurement avant l'évacuation, par la tuméfaction, la distension du principal organe qui la sécrète? cette bile modifiée dans ses conditions normales n'a-t-elle pas réagi sur l'organe? Dans les deux cas, le trouble de l'innervation manifesté par la douleur cède à l'emploi du purgatif.

Dans le second, le purgatif, par l'élimination qu'il opère, résout une congestion que les pertes de sang réitérées n'avaient pu faire disparaître, sous l'influence desquelles, au contraire, elle augmentait, et avec cette augmentation un épanchement séreux s'opérait dans le péritoine. J'insiste à dessein sur ces observations, parce que j'en aurai be-

soin dans la suite, pour appuyer d'autres considérations, qui me semblent mettre hors de doute l'importance elle-même de l'évacuation comme cause modifiante des humeurs en général.

Obs. XI. — *Asthme catarrhal.* — Blossier, tisserand, âgé de 60 ans, asthmatique, est périodiquement atteint vers les équinoxes d'accès violents de suffocation; cet homme au teint blafard, aux muscles grêles, est très-impressionnable.

Le cœur n'est point le siége d'un lésion organique; ses bruits et ses battements sont normaux; la percussion produit un son clair, le pouls n'est point irrégulier, la face n'est point bouffie, ni injectée; on entend bien un léger râle muqueux à petites bulles; mais ce râle ne saurait rendre compte des angoisses qu'éprouve Blossier: le ventre n'est point tendu, point douloureux; les urines sont chargées, floconneuses; les selles sont régulières, la langue est enduite de mucus épais, l'haleine est fade, douceâtre.

Huile de croton. . . . . ℈. j.
Dans sirop simple. . . . . ℥ ß

A prendre de suite.

1er octobre 1834, chaleur le long de l'œsophage et à l'estomac, quelques nausées, quatre selles glaireuses, sans ténesme, mais avec des coliques légères.

Il est à remarquer que l'oppression de poitrine se dissipa avant même l'apparition des selles; le pouls ne s'accéléra point, il resta au même degré.

La guérison de cet accès fut instantanée.

Obs. XII. — *Etouffement, palpitations, état catarrhal.* — La petite Léreillard, âgée de 14 ans, au teint pâle, tempérament lymphatique nerveux, sujette aux affections mu-

queuses, non réglée, est atteinte, le 6 février 1835, subitement, sans cause appréciable, de palpitations douloureuses, d'étouffement; elle ne peut se tenir couchée, le moindre vêtement l'incommode, elle n'a point de fièvre, n'est point constipée; la poitrine auscultée, percutée, ne présente aucun phénomène anormal; il n'y a ni toux, ni crachats, mais inappétence, dégoût pour tout aliment; l'abdomen est tendu, non douloureux; la langue est légèrement muqueuse, les pupilles sont dilatées; douleur sus-orbitaire.

Je soupçonnai l'existence des vers dans le canal alimentaire, et je prescrivis les pilules suivantes, à prendre d'heure en heure dans la soirée.

Calomel à la vapeur. . . .	g.	x.
Diagrède.	g.	iv.
Savon médicinal.	g.	xij.
Huile de croton.	g.	j.
Mucilage.	q.	s.

Pour 8 pilules.

Ces 8 pilules furent prises ainsi qu'il avait été dit, et une seule selle noirâtre, très-fétide, en fut le résultat.

Nonobstant ce défaut, la petite Léveillard fut parfaitement débarrassée de son étouffement, de ses palpitations, elle ne rendit point de vers; le lendemain et le surlendemain je la revis, elle ne sentait ni chaleur, ni douleur abdominale ou céphalalgique, ni soif, ni fièvre, etc.

Obs. XIII. — *Anévrisme du cœur, oppression catarrhale.* — La veuve Ménard, âgée de 68 ans, asthmatique, tempérament sangnin lymphatique, tissu cellulaire très-développé, porte une lésion organique du cœur; beaucoup de saignées ont été pratiquées à diverses époques depuis l'âge critique.

Au commencement de février 1835, elle eut un catarrhe pulmonaire, après lequel une diarrhée séro-muqueuse s'établit et persista quelques jours. Après une impression de froid, la diarrhée cessa subitement. Le 24 du même mois, et la malade fut aussitôt prise de dyspnée, d'étouffements, d'une toux fatigante. La figure est injectée, les yeux rouges, humides; les lèvres violacées, la langue est fortement saburrale; râle muqueux, ventre distendu, non douloureux à la pression; pouls à 64, respiration à 32, céphalalgie, douleurs des membres.

La coïncidence de cet accès et de la cessation de la diarrhée avec l'état saburral me détermina à reporter sur les premières voies la fluxion déplacée par l'influence du froid.

Prescript. : une bouteille d'eau de sedlitz à ℥ viij.

Cette eau fut prise le 25 au matin. A midi la malade avait eu cinq selles, sans coliques; ces selles étaient séreuses, peu colorées, peu consistantes, mais copieuses; la respiration est plus libre, le ventre moins tendu, la figure a pâli; le pouls est le même que la veille.

Même prescription.

26. Huit selles plus épaisses que la veille, plus colorées; mieux des plus prononcés; respiration à 24, figure plus pâle, ventre retiré, nullement douloureux; langue rose, appétit.

Je ne revis pas la femme Ménard.

Dans les neuvième et dixième observations, nous avons remarqué les résultats sympathiques de la purgation sur un organe intimement uni au tube digestif, et par sa proximité et par la communauté de ses fonctions, et par la continuation des vaisseaux et des nerfs.

Dans les onzième, douzième et treizième, l'action s'agrandit, les sympathies ne sont plus aussi flagrantes; c'est par l'existence de l'admirable consensus, par l'exercice des fonctions les plus générales de l'économie, *l'innervation, la circulation*, que nous pouvons interpréter en partie cette fluxion révulsive, cette dérivation opérée d'une cavité sur l'autre. Nous allons retrouver les mêmes circonstances dans d'autres faits pathologiques, appartenant à d'autres organes.

Obs. XIV. — *Congestion cérébrale.* — La femme Beucher, âgée de 27 ans, de constitution robuste, tempérament sanguin, bien réglée, est sujette depuis dix jours à des alternatives de froid et de chaleur : le sang, suivant son expression, *afflue des membres inférieurs à la tête où il bouillonne*; elle éprouve de la douleur dans cette partie, les vaisseaux se gonflent, la figure devient vultueuse, les yeux s'injectent, la vue s'obscurcit, elle vacille; le pouls est large et plein, il bat 80 ; la respiration n'est pas libre, l'inspiration produit de la douleur à la région précordiale avec sentiment de plénitude et d'angoisses; le ventre est indolent, la peau souvent halitueuse; la langue est sèche, jaunâtre; inappétence, constipation.

Une saignée de vingt onces fut pratiquée, le 14 mars 1834. Cette saignée diminue la tension précordiale, la gêne de la respiration; mais la céphalalgie existe, ainsi que les éblouissements amaurotiques ; la bouche est amère, la langue plus humide qu'auparavant, sale grisâtre; on fait encore une saignée de 16 onces.

16. Persistance des symptômes encéphaliques, trouble de la vision, face pâle, dégoût des aliments, nausées, constipation opiniâtre, pouls à 72.

Tartre stibié. . g j.
Sulfate de soude. ℥ ß
Eau distil. . . ℥ viij.

A prendre en trois doses.

L'éméto-cathartique occasionna trois vomissements glaireux, et une seule selle, dure, uniquement composée de matières fécales ; la tête fut plus soulagée par cette évacuation que par les deux saignées. Le 18, à la demande de la malade, je prescrivis la mixture suivante :

Huile de ricin. . ℥ ß
de croton. g. j.

Bouillon aux herbes.

Huit selles fétides eurent lieu coup sur coup; l'effet du purgatif fut des plus prompts, il était terminé au bout de cinq heures.

Le lendemain, il n'existait aucun vestige de maladie, si ce n'est une faiblesse assez grande qui ne tarda pas elle-même à disparaître : quelques jours suffirent pour rétablir les forces, l'appétit étant très-vif.

Obs. XV. — *Amaurose, congestion cérébrale.* — La fille Cottereau, journalière, travaillant à la campagne, âgée de 25 ans, bien constituée, de tempérament sanguin bilieux, régulièrement menstruée, fut subitement atteinte, le 23 août 1834, de mal de tête, d'étourdissement et de cécité. Visitée le lendemain matin, sa figure était rouge et jaune par plaques ; les jugulaires gonflées et fortement soulevées par le battement des carotides, les pupilles dilatées, insensibles à l'impression de la lumière ; la langue jaune, sèche, la bouche fade ; les mouvements du cœur sont tumultueux, exagérés ; le pouls dur, fort, serré ; le ventre est tendu, il y a des borborygmes. Une saignée de

cinq palettes fut pratiquée de suite; le pouls baissa sensiblement, devint plus mou; mais l'amaurose ne fut point modifiée (boissons nitrées). Le soir, trente sangsues furent appliquées au siége, elles saignèrent jusqu'au lendemain matin; et lors de ma visite, la figure était pâle, les pupilles moins dilatées, la langue était large, humide.

Prescription :

Calomel.	. . . .	ʒ ß.
Extrait d'aloës.	.	℈ j.
Résine de jalap.	.	g xij.
Extr. de chicorée.		q. s.

Pour 12 pilules, à prendre de quart d'heure en quart d'heure; en même temps, lavement simple d'abord, puis le lavement suivant en deux doses :

Infus. de follic. de séné.	.	ʒ ij.
Eau.	. . . .	℥ vj.
Ajoutez : teinture d'aloës.	.	ʒ ß.

Le soir, la malade voit, les pupilles ont repris leur mobilité normale, elles sont influencées par la lumière; plus de mal de tête, grande faiblesse; la malade a eu plus de trente selles avec coliques, ténesme, dysurie; le ventre est mou, sensible à la pression; le pouls est à 86, petit, serré; la peau est sèche, la bouche très-mauvaise, soif vive, boissons émollientes nitrées; cataplasme de farine de lin sur le ventre.

Le 26, à midi, le mouvement fébrile, développé sous l'influence des drastiques énergiquement administrés, a cessé vers cinq heures du matin, en même temps qu'une douce moiteur s'est établie. Le pouls est tombé à 64, il n'y a ni colique, ni épreinte; les urines coulent librement, le ventre n'est pas douloureux à la pression; plus de soif, langue légèrement muqueuse, la vue est rétablie, l'appétit est bon.

Le 28, la guérison était parfaite; il n'y eut pas de récidive.

Nous remarquons dans ces deux cas une fluxion sanguine, une hyperémie vasculaire dont les saignées amènent promptement la solution; mais le désordre nerveux n'en persiste pas moins; d'autres agents modificateurs sont nécessaires; l'évacuation intestinale amène le résultat désiré.

Comme la saignée, la purgation favorise l'action des absorbants dans le reste de l'économie.

Outre la révulsion, il y a eu dans l'un et l'autre cas, une modification de la qualité du sang; les faits qui suivent serviront à corroborer cette opinion.

Obs. XVI. — *Ictère avec prurigo chronique.* — La femme Halton, de tempérament lymphatique, mal réglée depuis un an, atteinte depuis six mois d'ictère prurigineux, a subi divers traitements sans éprouver d'amélioration dans son état.

Cette femme est âgée de 40 ans; le 12 juillet 1834, je constate l'état suivant :

Figure bouffie, jaune; conjonctives d'un jaune-verdâtre, peau du tronc et des bras très-jaune, infiltration des membres inférieurs commençante, prurit insupportable au col, à la poitrine, aux plis des coudes, à la plante des pieds; papules vésiculeuses, sécheresse générale du derme, douleur épigastrique augmentée par la pression et la nourriture, insomnies, désespoir, morosité, pouls faible, petit, assez vif; langue jaune, bouche sèche, soif, urines rouges teignant le linge, excréments grisâtres.

Les sangsues appliquées plus d'une fois n'amènent que

de la sérosité au lieu de sang; elles périssent immédiatement après leur chute.

Une saignée de dix onces fut alors pratiquée; la malade en éprouva bientôt le bon effet; la douleur épigastrique fut diminuée. Soumise pendant huit jours à l'usage d'une tisane émolliente aiguisée de crème de tartre, à la dose d'un gros par pinte, elle se trouva un peu mieux.

Le 19 juillet, une once et demie d'huile de ricin mêlée à poids égal de sirop de tartre, fut prescrite et prise dans la matinée; cette mixture occasionna des selles copieuses, très-fétides, colorées, noirâtres; un mieux notable suivit l'évacuation.

Le 1er août, une saignée de six onces fut encore pratiquée; cette saignée me donna l'occasion d'étudier le changement survenu dans l'aspect du sang.

La première saignée avait été remarquable par sa coloration; une couenne épaisse, verdâtre, s'était promptement formée; le caillot était très-petit et peu consistant, le sérum trouble, de couleur foncée. La seconde saignée fournit un caillot moins couenneux, le sérum avait une teinte citrine normale.

Je n'achèverai point le journal de cette maladie.

Le traitement fut continué jusqu'au mois de janvier 1835; plusieurs récidives exigèrent de nouveaux soins, mais la base de ce traitement consista toujours dans l'alternative des saignées et des purgatifs; un régime doux, des boissons adoucissantes favorisèrent leur action.

Aujourd'hui, 3 mai 1835, la maladie n'est pas entièrement terminée: je crains qu'une lésion organique ne succède à l'irritation chronique des organes biliaires.

Je n'ai rapporté les circonstances qui précèdent, qu'a-

fin d'établir la modification du sang opérée par les purgatifs, et rendue sensible à mon examen par l'aspect même de ses qualités physiques.

Si nous pouvons constater un tel changement, n'est-il pas rationnel d'admettre que, dans d'autres circonstances, des modifications aussi importantes, mais imperceptibles à nos moyens d'investigation, ont lieu dans la masse de ce fluide vivant.

Encore un fait semblable au précédent, et dont j'abrégerai également les détails.

OBS. XVII. — *Ictère avec prurigo chronique.* — La femme Brillant, âgée de 57 ans, n'est plus réglée depuis neuf ans : l'époque critique fut marquée par plusieurs maladies! les renseignements fournis sont trop incertains pour en spécifier le caractère et le siége.

Le 9 septembre 1834, la peau du tronc est jaune et sèche, les yeux jaunes languissants ; point de douleur à la pression de l'abdomen et des hypochondres, langue large, blanche, humide ; soif, vives démangeaisons occupant les bras et les épaules, urines rouges, matières fécales légèrement colorées, fétidité de l'exhalation cutanée, odeur analogue à celle des malades atteints de fièvre typhoïde, quelques vomissements, nausées fréquentes, bouche et haleine fétides, alternatives de dévoiement bilieux, *brûlant le rectum et l'anus* (suivant l'expression de la malade), d'étouffements ou d'exaspération du prurit, pouls lent et dur, assez fort.

Je commençai le traitement de cette malade par une saignée du bras, portée jusqu'à seize onces, à cause du bien-être qu'elle éprouvait pendant l'écoulement du sang.

Examiné un quart d'heure après sa sortie, ce sang reste

liquide, la sérosité prédomine, elle est verdâtre; une pellicule couenneuse, de couleur mate, le recouvre par intervalles.

Le 10 septembre, le pouls est moins dur que la veille, moins fort; le teint me semble plus clair; la malade se trouve mieux.

Crème de tartre soluble. . ℥ j. ß

Dans trois verres de bouillon à l'oseille, à prendre de demi-heure en demi-heure.

11. Le purgatif a amené quatre selles bilieuses; un léger mouvement fébrile a suivi son emploi : cette fièvre n'a duré que six heures.

12. Une saignée de quatre onces est pratiquée, le sang, comme je l'avais prévu, a changé d'aspect, il est moins terne, la sérosité est moins verte.

5 mai 1835. La maladie se prolonge; je crois à l'existence d'une lésion organique.

Observons que les purgatifs salins et huileux, administrés de temps en temps, n'aggravent point l'état de ces malades; que la fièvre légère qui peut avoir lieu après leur emploi, ne saurait détourner le praticien de cet usage.

En favorisant l'écoulement de la bile, en activant la sécrétion du foie, ils enlèvent à l'économie un *stimulus morbide*, dont la soustraction est toujours avantageuse. La couleur de la peau est moins jaune, le prurit moins incommode; le malade jouit de quelques jours de calme, il est soulagé s'il n'est pas guéri.

Je pourrais produire bien d'autres observations à l'appui de l'innocuité physiologique, et de l'avantage thérapeutique des purgatifs sagement administrés.

Mais ces observations, prodiguées outre mesure, fatigue-

raient nécessairement l'attention, sans profit pour la démonstration elle-même; car les répétitions inévitables en pareil cas détournent du but principal de tout écrit scientifique qui est d'établir des principes au moyen de conséquences déduites logiquement.

Je crois avoir établi dans ce second paragraphe, que *l'irritation* et la révulsion ne rendaient pas suffisamment compte de tous les phénomènes produits par l'action des purgatifs, et que *l'élimination thérapeutique* pouvait être considérée comme un de leurs plus importants résultats.

Traçons actuellement l'histoire générale de la purgation.

(La suite à un prochain cahier.)

CONSIDÉRATIONS

SUR LES EAUX MINÉRALES,

PAR LE Dr PERTUS.

« M. le docteur Despine, médecin à Aix, en Savoie, et » auteur d'un *Manuel de l'étranger aux eaux d'Aix*, a » soumis dernièrement à la Société de médecine pratique » de Paris une observation, digne d'intérêt, sur un cas de » fracture et d'expulsion de l'extrémité inférieure du cu» bitus, qui, après avoir résisté à tous les traitements em» ployés dans l'hôpital de Chambéry, ne semblait plus » laisser d'autre ressource que celle de l'amputation. En» voyé à Aix, le blessé fut soumis à un traitement par les

» eaux d'alun et de soufre que fournissent les eaux ther-
» males de la localité, et il obtint en peu de temps une
» guérison aussi complète qu'inespérée.

» En rendant compte à la Société de cette observation,
» M. le docteur Pertus est entré sur la matière des eaux
» minérales dans quelques considérations que nous nous
» plaisons à reproduire :

» De tous temps, Messieurs, les eaux thermales ont
» joué un rôle important dans la thérapeutique, et leurs
» bienfaits incontestables justifient assez l'antique vénéra-
» tion des peuples pour ces espèces de réservoirs sacrés
» où tant de fois le malade a trouvé une guérison presque
» miraculeuse. La médecine de chaque âge a utilisé, le
» plus souvent possible, une ressource si précieuse, et
» partout où la terre ouvre ses flancs pour livrer passage
» à ces eaux mystérieuses, comme les abîmes d'où elles
» s'élancent, on a cherché à constater leur vertu spécifi-
» que, on l'a essayée sur toutes les affections restées re-
» belles aux traitements ordinaires. De là, Messieurs, s'est
» établie pour chacune des sources thermales disséminées
» à la surface du globe une tradition plus ou moins véri-
» dique, plus ou moins altérée de sa puissance curative,
» et des phénomènes qu'elle détermine sur l'économie
» animale ; ces traditions souvent exagérées par les amis
» du merveilleux, par l'imagination exaltée des voya-
» geurs, par les prospectus de localités, par les gens inté-
» ressés à métamorphoser pour eux en un filon d'or le
» filet d'eau dont s'enorgueillit leur village, ces traditions,
» disons-nous, ne peuvent être acceptées qu'avec la plus
» grande défiance, si l'on ne veut tomber dans de graves
» mécomptes. Ainsi, un homme qui a laissé un nom très-

» brillant dans la médecine contemporaine, un professeur » récemment enlevé à notre école, s'est risqué, avec ces » traditions douteuses, à faire un livre grave, un *Traité* » *des eaux minérales*; vous savez ce qu'il en est advenu, vous vous rappelez sans doute encore la rude » guerre faite à ce joli roman par notre spirituel Hoffmann, cet homme de lettres plus médecin que bien des » médecins hommes de lettres, et si redoutable aux im» prudents par une érudition solide jointe à la sagacité du » jugement et à l'ironie de la discussion (1); Hoffmann a » desséché bien des sources dont la description avait ému » le public, et il a trop bien prouvé que le catalogue véri» dique des eaux minérales aussi bien que l'étude de leur » propriété étaient encore à faire. Quand donc aurons» nous ce catalogue, accompagné, comme il doit l'être, » d'observations authentiques qui permettent d'apprécier » dans leur état actuel la composition et les propriétés » particulières de chaque source thermale, ainsi que la » condition physique des localités où elles coulent? Il y a » tantôt 18 ans (2) que l'administration a créé dans ce » but, pour la France au moins, une commission des eaux » thermales, et qu'elle a chargé ses 124 médecins-inspec» teurs (3), en leur traçant un programme détaillé (4), fournir à cette commission les renseignements nécessaires sur les 90 sources officielles placées sous leur surveillance. Rien encore que nous sachions n'a paru des travaux de ces honorables inspecteurs, et il nous est

(1) Voir le *Journal des Débats*, 17 juillet 1826.

(2) Décision du ministre de l'intérieur, 17 avril 1820.

(3) Voyez l'*Almanach royal*.

(4) Instructions ministérielles, 8 et 16 juin 1820.

» moins désagréable de nous en prendre à l'administration
» qu'à eux-mêmes de cette longue attente.

» C'est à l'administration encore que nous demande-
» rons compte des résultats de la création d'inspecteurs
» d'eaux minérales dans Paris, création fort précieuse,
» sans doute, pour les privilégiés appelés à ces agréables
» et productives sinécures, et pour les débitants qui s'ho-
» norent dans leurs prospectus de l'approbation donnée
» à leurs eaux par tels de MM. les jurés-buveurs. Mais
» pour l'intérêt de la science et de la police médicale
» qu'en retire-t-on ? autant, n'est-ce pas, que de ces in-
» nocentes et solennelles tournées qu'une fois par an, à
» jour dit et proclamé, la Faculté se permet dans les
» pharmacies de la capitale.

» Quoi qu'il en soit, de tous ces abus perpétués par le
» favoritisme des uns et la bonne volonté des autres, à
» défaut du monument scientifique que le gouvernement
» avait conçu, c'est-à-dire d'un traité général sur les eaux
» minérales de France, nous serions heureux de voir
» éclore isolément des monographies dans le genre de
» celles dont M. le docteur Despine a voulu faire à la fois
» un livre pour les gens du monde et pour les médecins
» qui ne sont pas à même, comme lui, de vérifier par
» une expérience suivie la valeur des eaux d'Aix. »

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Traité de physiologie comparée de l'homme et des animaux, par Ant. Dugès, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, etc., etc. Tome I, comprenant les généralités et les fonctions de sensation.

Cet ouvrage est le chant du cygne de Dugès. Le travail assidu qu'il a exigé de son auteur a sans doute puissamment contribué à sa fin prématurée. La mort, qui vint le saisir à quarante ans, lorsque ce premier volume sortait à peine des mains de l'imprimeur, ne lui permit pas de jouir du succès de son livre. Heureusement pour la science, la rédaction du manuscrit des deux volumes suivants était entièrement terminée, et nous ne tarderons pas à posséder l'œuvre complète, dont les amis de l'auteur se sont chargés de surveiller l'impression.

Avant de présenter à nos lecteurs l'analyse du volume que nous avons sous les yeux, jetons quelques fleurs sur la tombe d'un savant aussi modeste que désintéressé, et qui aima la science avec passion et pour elle seule. Dugès, chacun le sait, était professeur d'accouchements à la faculté de Montpellier, et c'est bénévolement qu'il faisait aux élèves de cette école un cours de physiologie comparée. A combien de travaux et de recherches il lui a fallu se livrer pour préparer les éléments de ce cours! Indépendamment des connaissances qui faisaient et font encore

l'objet des études ordinaires dans les facultés, il a dû acquérir en histoire naturelle une instruction profonde et étendue : il a dû se faire naturaliste; et on voit à chaque pas, dans son ouvrage, qu'à cet égard il n'a pas voulu faire les choses à demi. Il n'est resté étranger à aucun des travaux des hommes les plus avancés dans cet immense embranchement des connaissances humaines, soit en France, soit à l'étranger, et principalement en Italie et en Allemagne. On verra aussi dans tout ce qu'il dit, comme physiologiste, au sujet des fonctions cérébrales, qu'il était en même temps profondément instruit dans les matières philosophiques, et que les doctrines psycologiques anciennes et les théories des écoles modernes lui étaient également familières.

Le goût des sciences naturelles s'est beaucoup répandu depuis quelques années, et les progrès immenses qu'a faits l'anatomie comparée depuis Daubenton et surtout Cuvier, ont dû faire sentir l'utilité d'étudier la physiologie comparée comme son complément et sa conséquence naturelle. La création toute récente d'une chaire de physiologie comparée au Jardin des Plantes a consacré ce besoin de la science, et a donné une existence en quelque sorte matérielle à cette branche de la physique générale.

L'idée de rapprocher la physiologie des animaux de celle de l'homme, et d'éclairer l'une par l'autre, n'est certes pas nouvelle. Il n'est pas un traité de physiologie humaine, quelque élémentaire, quelque peu développé qu'il soit, qui ne contienne quelques applications tirées de l'organisation animale et qui ne signale la nécessité de ces applications. Cette tendance à étendre le domaine de la physiologie est bien manifeste dans nos traités classi-

ques de Richerand, de Bérard et de Magendie. J. Muller a fait une invasion bien plus large encore dans la physiologie générale des animaux. Mais il y a encore loin de ces applications partielles à un corps de science, à une physiologie vraiment comparative. Le vaste ouvrage de Burdach, tout en se rapprochant le plus de cette direction, ne peut encore être considéré comme un traité complet et méthodique. C'est plutôt une immense et laborieuse compilation, qui fourmille de riches matériaux, et dont Dugès a signalé toute la valeur comme source où l'on peut puiser.

Le volume que nous avons sous les yeux contient les généralités sur la vie, sa définition, ses causes immédiates, et l'histoire des fonctions de sensations.

Tout en admettant une *activité* dérivant des mêmes causes, des mêmes principes dans les corps organisés et les corps inorganiques, M. Dugès pense qu'il est nécessaire d'étudier séparément les manifestations, le mécanisme de ces forces et de ces principes dans des corps où les choses se passent si différemment, et de réserver le nom de *vie* pour *l'activité spéciale des corps organisés*. Pour lui, la physiologie est *l'étude des corps organisés, en tant qu'elle s'attache à la vie même et à tous les phénomènes qui en dépendent*. Il préfère ce mot, équivoque, peut-être, quant à son étymologie, mais dont la signification réelle ne l'est pour personne, à celui de *biologie*, adopté par quelques écrivains modernes, et qui a surtout le désavantage de porter l'esprit à considérer la vie comme isolée, indépendante des organes.

La physiologie comparée est la science de la vie considérée dans son ensemble et ses détails chez tous les êtres vivants, mais principalement chez les animaux, c'est-à-

dire les êtres qui *vivent*, *sentent et se meuvent*, selon la définition de Linné.

Pour donner une idée plus complète de la vie considérée d'une manière générale, Dugès a dû l'envisager dans la série des êtres vivants, et pour cela établir une classification du règne animal. Dans la plupart des classifications modernes, la pensée dominante du nomenclateur a été de former une série naturelle en suivant les dégradations de la complexité et de la perfection dans l'organisation, et tout à la fois par une conséquence facile à saisir, celles des manifestations de la vie. Tout en tenant compte de cette vue, Dugès a cru devoir aussi faire usage d'une autre considération non moins physiologique, et qui lui paraît plus importante encore pour établir sur des données plus solides et plus positives une nomenclature, du reste peu différente de celles qui sont fondées sur le principe précédemment énoncé, de celle de Cuvier particulièrement. Cette considération, c'est que la vie se *centralise* de plus en plus en passant des animaux inférieurs aux plus élevés, à mesure qu'elle se développe davantage; c'est que l'animal s'*individualise* de plus en plus, selon qu'il occupe un échelon plus élevé, en sorte que la vie de chaque partie est plus subordonnée à l'existence du tout, tandis que dans les animaux inférieurs, chez les articulés, par exemple, chaque anneau ou segment, ou plutôt chaque moitié latérale d'un segment, représente un animal élémentaire, une zoonite (selon l'expression de Moquin), un organisme, c'est-à-dire un ensemble d'organes propres à compléter plus ou moins bien une vie particulière, vie plus ou moins liée à celle des organismes voisins, et constituant avec eux un autre ensemble qui jouit

à son tour d'une vie générale ; comme on voit des animaux déjà complexes eux-mêmes, des polypes, s'aggréger, se souder pour vivre en masse et d'une vie commune, sans cesser de jouir chacun de leur vie privée.

Dugès prouve, du reste, que cette multiplicité, cette coalescence des organismes, tout en devenant de plus en plus difficile à fractionner, à mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale, se décèle pourtant encore à un esprit attentif dans les classes supérieures ; que, par exemple, chez les vertébrés, les vertèbres sont encore une trace évidente de la segmentation primordiale, et que les différents points de la longueur de l'axe cérébro-spinal, montrent encore chez plusieurs, notamment les reptiles et les poissons, quelque chose de l'indépendance que l'on reconnaît aux ganglions détachés des insectes, puisque la queue seule d'un lézard, ou le tronc décapité d'un serpent, d'une grenouille, conservent leur sensibilité, leurs mouvements, comme le tronc ou même le corselet seul d'un insecte mutilé.

Nous renvoyons à l'ouvrage ceux qui seraient curieux de voir comment l'auteur, fécondant ces idées, a établi sur le principe de la multiplicité des organismes les lois de *conformité organique* et d'*homologie*, et a pu former un tableau des segments et régions homologues dans les diverses classes d'animaux. Un second tableau présente sa classification du règne animal. Il serait trop long d'exposer en quoi elle diffère de celle de Cuvier, et comment l'auteur a mis à profit les idées de Lamarck et de MM. Blainville et Duméril, soit pour en modifier quelques coupes, soit pour établir les dénominations des divisions et sous-divisions d'après des principes fixes et constamment les

mêmes, et dont les deux principaux sont : 1° le choix du nom du genre le plus remarquable pour désigner à la fois le sous-règne, la classe et l'ordre ; 2° le changement de la désinence du même mot pour indiquer chaque coupe de cette trisection. C'est ainsi, pour donner un exemple, que le mot *hominaires* a remplacé celui de *vertébrés*, le mot *hoministes* celui de *mammifères*, et *hominiens* est synonyme de *bimanes*,

Après avoir tracé le tableau de la série des êtres vivants, Dugès est amené tout naturellement à étudier la vie dans chaque individu, ses phases et ses périodes, jusqu'à la cessation de toute activité, jusqu'à la mort, et même jusqu'à la putréfaction ou à la fossilisation.

Cette étude embrasse l'histoire des âges, comprenant celle des livrées et des métamorphoses, celle de la durée de la vie considérée dans les diverses espèces, et dans ses rapports avec la durée de l'enfance et du développement, celle de ses périodes irrégulières produites par des causes accidentelles, de ses périodes régulières placées sous l'influence du retour périodique des saisons, du jour et de la nuit, telles que le sommeil et ses divers modes, etc., etc. Nous ne suivrons pas l'auteur dans tous ces détails. Après avoir ainsi jeté un coup-d'œil général sur la vie, il est conduit tout naturellement à en faire en quelque sorte l'analyse, qui se compose de sa cause prochaine, autrement dite principe vital, et de son mécanisme, constitué par la série des fonctions, dont l'étude est l'objet principal de la physiologie.

Les idées de Dugès sur le principe vital et le vitalisme nous prouvent qu'il n'a pas bien saisi l'ensemble des doctrines professées par la *Revue*, et que malgré tout l'éloi-

gnement qu'il exprime pour le matérialisme et tous les efforts qu'il fait pour y échapper, il y est ramené en quelque sorte malgré lui et à son insu, en voulant donner le système nerveux pour organe spécial au principe vital. Il lui suffisait pour échapper à cette erreur de songer que le principe de vie préexiste dans le germe à toute organisation.

Nous sommes complètement de son avis, lorsqu'il combat l'opinion des physiologistes qui ont voulu rapprocher comme identiques la chaîne ganglionnaire des invertébrés, et le grand sympathique des vertébrés, puisque d'une part, la première fournit les nerfs des sens comme le système nerveux cérébral, et que d'autre part, le trisplanchnique présente d'autant moins de développement à mesure qu'on descend dans l'échelle animale. Il repousse aussi avec raison cette prétendue identité qu'on a voulu établir entre l'action nerveuse et l'électro-magnétisme ; il ne voit là, comme tous les gens raisonnables, qu'une certaine analogie dans le mode d'action.

L'ouvrage de Dugès contient une foule de détails curieux sur le mécanisme des organes des sens, sur les moyens variés à l'infini par lesquels la nature arrive au même but. On pourrait, peut-être, au milieu de tout cela, lui reprocher quelques opinions hasardées sur l'usage et l'organisation intime de certaines parties. Il est vrai cependant qu'il ne les émet souvent que sous la forme du doute, ou ne les présente que comme des présomptions plus ou moins probables. C'est ainsi qu'il est porté à adopter l'opinion de Kœrner et Autenrieth sur l'usage des canaux demi-circulaires, dont la direction diverse aurait pour but de faire sentir la direction du son et la si-

tuation relative de son point de départ. Le limaçon serait l'instrument d'appréciation du timbre aérien ; les fibrilles musculaires de l'iris devraient être rangées dans la classe des muscles volontaires ; l'effet de l'habitude nous en ôterait seul la conscience, comme elle nous rend, pour ainsi dire, inapercevables le clignement des paupières, le froncement des sourcils, etc., etc. Le cristallin aurait lui-même une structure contractile et comme musculaire, et serait, par là, susceptible de devenir plus ou moins convexe, et d'étendre le champ de la vision distincte, etc., etc. Nous n'en citerons pas davantage pour ne pas nous engager trop loin, et nous laisserons au lecteur le plaisir de lire dans l'ouvrage tous les rapprochements d'organisation animale qui peuvent donner quelque apparence de fondement à ces idées et à quelques autres du même genre.

Il nous serait bien difficile aussi d'entamer le chapitre où l'auteur traite du mécanisme des fonctions nerveuses centrales et de le suivre dans l'exposé des facultés intellectuelles et affectives, observées comparativement dans les diverses classes d'animaux ; de montrer comment il trace une délimitation exacte entre l'instinct et l'intellect chez l'homme et chez les animaux ; les distinctions qu'il établit dans les divers instincts dont il fait trois espèces sous les noms d'instincts vitaux ou splanchniques, instincts animaux et instincts encéphaliques. Les premiers sont ainsi nommés parce qu'ils excitent dans les viscères des *besoins naturels* qui deviennent ultérieurement la cause d'actes plus ou moins complexes. Ils se divisent comme les fonctions auxquelles ils se rattachent. C'est ainsi qu'à la digestion se rapportent la faim et la

soif, et tous les actes instinctifs qui en sont la conséquence, tels que les mouvements pour chercher les mamelles, pour exercer la succion, l'ouverture toute naturelle du bec des petits oiseaux à l'approche des parents porteurs de la nourriture, etc., etc.

L'instinct animal est le résultat de la conformation spécifique des organes externes. C'est lui qui porte l'animal à faire usage des armes, des instruments de locomotion et d'actions particulières dont la nature l'a pourvu dans le but évident pour lequel ces parties ont été créées. C'est ainsi qu'en vertu de leur conformation particulière le serpent rampe, que le cerf court, que la taupe fouit et s'enfonce dans la terre, que le perroquet se suspend à l'aide de son bec, et le sapajou avec sa queue, que les poissons nagent, et que certains, à nageoires plus longues et plus larges, s'élancent dans les airs; que beaucoup d'animaux satisfont au besoin de la propreté fondé sur une gêne facile à comprendre, chacun à leur manière et par le jeu de certains instruments qui leur ont été donnés pour cet usage : les mouches, les araignées, par exemple, à l'aide de brosses, de peignes, d'étrilles, dont leurs pattes sont pourvues; les oiseaux avec leur bec dont ils nétoient et lissent leurs plumes; le chat avec sa langue pour les parties qu'elle peut atteindre, et avec sa patte préalablement mouillée de salive pour celles que la langue ne peut toucher, la face, par exemple; le cheval avec sa queue, l'éléphant avec sa trompe, etc., etc. C'est en vertu du même instinct que tout animal est porté à se servir des armes défensives et offensives que la nature lui a données : le cheval frappe du pied de derrière; le taureau, le bouc, de la tête; le chien mord, le chat se sert

de sa griffe, l'oiseau de son bec, de ses serres, l'abeille de son aiguillon, etc. Enfin, Dugès appelle instincs encéphaliques, cette sorte de penchant naturel et comme inné qui porte une espèce animale à se livrer à certains actes, toujours les mêmes, sans qu'on en puisse trouver la raison dans la conformation extérieure de ses organes, ou l'expliquer comme un effet de l'imitation ou de l'éducation paternelle. C'est ainsi que les lapins conservent leur penchant à creuser la terre, lors même qu'ils sont nés et élevés dans des cours pavées; que l'hirondelle, qui n'a pu recevoir de sa mère aucune leçon sur l'art de construire un nid de mortier, le bâtira pourtant de la même façon, quoique ses organes extérieurs ne présentent pas dans leur conformation la raison de ce mode de construction. N'y a-t-il pas là une véritable disposition innée et qui se transmet dans les espèces comme la configuration des organes elle-même?

Tous ces points d'étude sont, comme on le voit, très-curieux. Peut-être Dugès n'a-t-il pas fait avec assez d'exactitude la délimitation précise de ce qui est du ressort de l'intelligence, et de ce qui appartient à l'instinct; peut-être dans l'exposition si abstraite et si difficile des fonctions nerveuses, n'a-t-il pas toujours mis autant d'ordre et de méthode qu'on eût pu le désirer; mais du moins, on ne peut s'empêcher de dire qu'il se montre partout savant et intéressant. Son livre est pour ainsi dire le premier traité méthodique complet, pour la forme du moins, dans son genre, et sous ce rapport, c'est un service immense rendu à la science.

A peine avions-nous terminé cette notice, que le second volume de la *Physiologie comparée* nous a été

adressé. Nous mettrons d'autant plus d'empressement à en rendre compte, qu'il nous paraît présenter au moins autant d'intérêt que le premier, et que nous tenons à ne pas séparer par le temps ce que la nature du sujet a lié d'une manière indivisible comme parties d'un même tout. Le troisième et dernier volume nous est promis très-prochainement : s'il nous arrivait pendant que nous allons nous livrer à l'examen du second, nous n'hésiterions pas à faire un seul et même article pour tous deux.

Nous allions oublier de parler des planches de l'ouvrage : nous nous hâtons en finissant de les signaler comme un complément aussi intéressant qu'il était indispensable à l'intelligence de certaines descriptions du texte. La plupart des dessins sont de Dugès lui-même, et ce que cette circonstance a dû leur faire gagner en exactitude, ne leur a rien fait perdre sous le rapport de l'exécution.

CORBY.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

De la péritonite, comme cause de stérilité.—Emploi de la belladone dans le traitement des maladies de l'œil. — Inutilité de l'examen des urines sous le point de vue de leur densité.— Appareils inamovibles.—Doctrines de la phlébite et de la résorption purulente. — Topiques mercuriels contre la variole. —Recherches utéro-placentaires.— Leucorrhée et polypes vésiculaires de l'utérus.

Gazette médicale (Septembre 1838).

La *Gazette* de ce mois contient plusieurs mémoires intéressants; mais l'un d'eux a été présenté à l'Académie de médecine, les autres sont extraits de revues étrangères. Nous nous bornerons donc à dire quelques mots d'un mémoire de M. L.-Aug. Mercier, interne à l'hôpital de la Charité, *sur la péritonite considérée comme cause de stérilité chez les femmes :*

1° La péritonite générale ou partielle, quelle qu'en soit la cause, peut produire la stérilité chez la femme en oblitérant l'orifice frangé des trompes de Fallope.

2° Dans beaucoup de cas, l'oblitération existe seule ou entourée seulement de quelques filaments pseudo-membraneux : alors encore elle est due à l'inflammation du péritoine.

3° Une péritonite aussi bornée, surtout lorsqu'elle existe des deux côtés, ne peut s'expliquer qu'en admettant qu'une inflammation, ayant son point de départ dans la membrane muqueuse des organes génitaux, s'est transmise au péritoine *par continuité.*

4° Ainsi, tout ce qui pourra enflammer les organes génitaux, et je mettrai en première ligne les suites de cou-

ches et la blennorrhagie, pourra déterminer une péritonite tubaire et par conséquent la stérilité.

5° Il faut donc surveiller les blennorrhagies des femmes avec beaucoup de soin, et les combattre par les antiphlogistiques avec beaucoup d'énergie, afin de prévenir les désordres irrémédiables qui peuvent en résulter.

Mémoire sur les vertus thérapeutiques de la belladone, et en particulier sur l'emploi de cette substance dans le traitement des maladies de l'œil; par M. Rognetta. — Ce mémoire se résume dans les considérations suivantes :

1° Quel que soit l'endroit du corps où l'on applique la belladone, elle ne manifeste ses effets qu'après résorption, ou après être passée dans le torrent de la circulation.

2° Ses effets sont toujours dynamiques; ils paraissent porter sur le système ganglionnaire.

3° Le cœur et le système artériel éprouvent très-sensiblement ses effets,

4° Plus un organe est vascularisé, plus il éprouve les effets de la belladone.

5° La nature de l'action de la belladone est antiphlogistique. Elle peut être comparée à celle de la saignée, de la digitale, du tartre stibié; mais elle est beaucoup plus énergique. Elle offre une ressemblance parfaite avec l'action du venin de la vipère, mais à un degré d'énergie beaucoup moindre.

6° Les véritables antidotes de la belladone sont toutes les substances stimulantes.

7° L'action de la belladone étant opposée à celle de l'opium, c'est un véritable contre-sens d'ordonner ces deux substances à la fois.

8° La belladone peut être utilement employée dans le traitement de toutes les maladies inflammatoires.

9° L'action de la belladone sur l'appareil oculaire est toute dynamique. Elle porte principalement sur le système artériel de cet appareil.

10° Parmi les tissus constituants de l'œil, l'iris, le corps ciliaire et la choroïde ressentent les premiers et le plus vivement l'action de la belladone.

11° La belladone peut être regardée comme un puissant auxiliaire de la saignée. A. F.

L'Expérience (Août et Septembre 1838.)

I. — *De l'inutilité de l'examen des urines sous le point de vue de leur densité;* par M. F. D'Arcet. — Il résulte des recherches de l'auteur, et des expériences auxquelles il s'est livré pour apprécier les différences que présentent les urines sous le rapport de leur densité dans un certain nombre de circonstances, que les procédés usités en France et surtout en Angleterre pour arriver à cette connaissance sont vicieux et exposent à beaucoup d'erreurs.

Comme se rattachant à cette importante question, M. d'Arcet étudie d'abord quelques propriétés peu connues de l'urine, et une série de réactions complexes dont jusqu'ici on n'a pas tenu compte.

Ainsi 1° l'urine est presque toujours acide, rarement alcaline, quelquefois neutre, sans que les variations de densité indiquent rien d'utile relativement à ces différents états de cette sécrétion.

2° L'urine rendue alcaline par de l'ammoniaque est à volume égal plus légère que l'eau ; mais l'addition du carbonate d'ammoniaque dans l'urine en augmente à peine la densité.

3° La présence de l'acide carbonique libre dans l'urine tend à en diminuer la pesanteur spécifique.

4° L'eau chargée de mucus au point d'être visqueuse et filante, ne pèse pas plus que l'eau pure.

5° L'aréomètre ne marque que zéro dans de l'eau contenant 10 centièmes d'albumine.

6° L'eau chargée de 5 centièmes d'urée ne marque que 1° à l'aréomètre au lieu de 5°.

7° L'urine rendue après le repas, après avoir beaucoup bu, quand on ne transpire pas, ou bien après l'ingestion des boissons diurétiques, etc., a moins de densité que dans les circonstances opposées, et cela indépendamment de toute cause morbide.

8° La densité de l'urine varie en outre en raison de la température qu'elle a au moment de l'expérience, et cela de 1° 1/2 à 2° sur 4°, entre 38° et 0°.

9° L'urine dans les fièvres intermittentes a tantôt plus, tantôt moins de densité qu'à l'état normal.

10° Les altérations profondes que subit l'urine abandonnée à elle-même ne correspondent en rien aux densités observées pendant les diverses phases de sa putréfaction.

11° La densité des urines n'est pas la même pour chaque maladie, et sous ce rapport elle varie tantôt peu, tantôt beaucoup pour des maladies semblables ou très-différentes.

Ajoutons, dit M. d'Arcet, à toutes ces causes contradictoires les faibles proportions dans l'urine des substances dont il s'agit de déterminer la présence. En effet, les urines les plus albumineuses qu'il ait observées dans le service de M. Andral, ne contenaient que de 12 à 15 millièmes d'albumine, et ordinairement dans la maladie de Bright, elle n'en renferme que de 3 à 7. Que peut donc dans ce cas indiquer

un instrument comme le pèse-liqueur, influencé par tant de causes, alors que tant d'autres causes et en particulier le traitement font aussi varier les proportions des éléments de l'urine?

Rien ne varie plus à l'état normal que la composition de l'urine, au point que deux individus soumis aux mêmes circonstances d'hygiène, d'alimentation, de température, etc., présenteront dans la densité de leurs urines les résultats les plus disparates. Jamais l'urine ne présente deux fois, pour ainsi dire, la même composition sur deux individus différents non plus que sur le même. Et aussi, chaque auteur n'a-t-il pas donné son chiffre de densité, depuis 1,005 (Bussy) jusqu'à 1,02 (Martin Solon), 1,046 (Fourcroy).

M. d'Arcet conclut de ces résultats si divers que le médecin ne peut tirer aucune conséquence utile de la détermination de la densité des urines, et que s'il veut avoir un guide pour l'examen de cette sécrétion dans le cours des différentes maladies ou pendant la durée d'un traitement, il ne doit s'attacher qu'à en connaître la composition ou l'état chimique, et faire usage pour cela non du pèse-liqueur, mais bien de quelques réactifs spéciaux, et de méthodes analytiques simples et rapides, telles que l'essai par les liqueurs alcalimétriques titrées, procédé qui donne avec une exactitude parfaite et en quelques minutes les quantités d'acide ou d'alcali contenues dans les urines.

Quant à l'espèce de diagnostic qu'on veut baser sur la pesanteur spécifique des urines dans les maladies, les faits et les réflexions renfermés dans ce travail donnent assez la mesure de la confiance qu'on doit avoir en lui; autant vaudrait en revenir aux merveilles de l'uroscopie.

II. — *Sur les appareils inamovibles*; par M. MAYOR DE LAUSANNE. — Après quelques considérations historiques sur le

traitement des fractures, et en particulier sur l'emploi du carton mouillé, tout en appréciant les avantages de cet appareil inamovible tel qu'il a été modifié dans ces derniers temps, M. Mayor lui reconnaît plusieurs inconvénients. Ainsi, il n'est pas douteux que de prime-abord l'appareil amidonné ou dextriné ne soit trop souple, qu'il n'oppose presque aucune résistance au déplacement des fragments pendant un temps beaucoup trop long. En second lieu, ce carton, d'abord si souple et si mou, va devenir bientôt un corps résistant et dur, touchant trop immédiatement des tissus sensibles et irrités. Il manque là une substance intermédiaire, molle, souple, élastique, douce au toucher, et dont une couche épaisse en s'interposant entre le corps résistant et les téguments, puisse garantir les uns contre la présence incommode et la fâcheuse pression de l'autre.

On a déjà deviné quelle serait pour M. Mayor cette substance si douce, si molle, si bienfaisante ; c'est par exemple... *le coton cardé*, qui empêchera du moins la pression, le froissement, l'excoriation de la peau, et probablement aussi la formation d'escarres sur les régions qui font saillie, et où le tissu graisseux n'abonde pas. Il est inutile d'ajouter que le coton cardé est expérimentalement pour M. Mayor le topique le plus doux et le plus *énergique*, lorsqu'il s'agit de résoudre ou de prévenir l'espèce d'engorgement inflammatoire qui accompagne si souvent les lésions osseuses dont il est ici question ; c'est-à-dire que le *coton cardé* remplit non-seulement les fonctions mécaniques de coussin, mais qu'il prévient, qu'il guérit les inflammations. Ne demandez donc plus dans quels cas il vous sera utile de l'employer, mais cherchez plutôt ceux où il ne guérira pas ; M. Mayor vous défie d'en trouver.

En résumé, si l'auteur n'avait pas à sa disposition quelque peu de fil de fer pour établir un chassis convenable,

ou bien des baguettes de bois ou de baleine pour imiter l'action de ce fil métallique, si enfin par l'un et l'autre de ces moyens il ne pouvait obtenir les avantages du carton et des linges gommés, il se déciderait alors, sans balancer, à donner la préférence au procédé inamovible de M. Seutin, avec les modifications suivantes : ces modifications ne sont pas autre chose que l'interposition d'une épaisse couche de coton cardé, fixée, au moyen d'une mousseline ou d'une pièce de toile lâchement serrée, et l'emploi de linges plus ou moins épais, sous forme de cravate, au lieu de compresses et de bandes.

Entre plusieurs avantages dont on pourrait discuter la réalité, M. Mayor reconnaît à cet appareil la facilité d'une dessiccation beaucoup plus prompte que dans celui de M. Seutin. Du reste, l'auteur applique encore ici les mêmes procédés que pour le bandage à baguettes métalliques : position du membre entier, suspension au moyen de cravates : au cou, s'il s'agit des extrémités supérieures ; et au-dessus du lit, d'un fauteuil, ou sur l'épaule opposée du malade, s'il est question d'un membre abdominal.

III. — *Exposé et examen critique des doctrines de la phlébite et de la résorption purulente : histoire de la diathèse purulente*; par J.-P. Tessier. — Ce travail important, dont la *Revue médicale* a déjà donné en raccourci les premiers fragments, fera le sujet d'une analyse critique et raisonnée dans le numéro prochain.

Archives générales de médecine (Octobre 1838.)

I. — *Topiques mercuriels contre la variole* ; par M. Briquet (deuxième article). — Dans le N° de septembre de la *Re-*

vue (p. 391), nous avons indiqué les résultats avantageux obtenus par l'auteur de la méthode *abortive* dans le traitement des éruptions varioleuses. L'emplâtre de Vigo cum mercurio et les onctions avec l'onguent mercuriel, tels sont les topiques qu'il a employés ; ils doivent être appliqués du premier au cinquième jour de l'éruption au plus tard ; et les emplâtres (composés d'une couche d'emplâtre de Vigo étendue sur de la grosse toile) ne doivent pas être laissés en place plus de quatre à cinq jours. L'observation suivante, dont nous ne donnerons qu'un extrait, est un exemple de variole confluente traitée par la méthode abortive :

« Obs. VIII. —Virginie, âgée de 24 ans, entra à l'hôpital Cochin, le 9 novembre, au quatrième jour de l'éruption, septième de l'invasion de la fièvre, dans l'état suivant : à la face, papules très-nombreuses, très-serrées les unes contre les autres, se touchant aux joues, un peu moins serrées au front, rouges, saillantes, déjà un peu transparentes à leur sommet ; gonflement modéré et rougeur érysipélateuse de la peau. Aux membres et au tronc, papules également fort abondantes, mais discrètes ; abattement, mal-aise très-prononcé, fièvre vive, douleur à la gorge. Application d'un masque d'emplâtre de Vigo (qui laisse libres les paupières et les ouvertures du nez et de la bouche... ; l'auteur conseille, en général, des onctions sur les paupières avec l'onguent mercuriel). — 10 nov. Même état général, application d'emplâtres de Vigo à la face dorsale de la main gauche et au mollet droit. —Le 11, assoupissement, agitation, fièvre assez vive. Le masque ne cause pas la moindre gêne ; gonflement de la face peu considérable, langue couverte de pustules blanchâtres, déglutition difficile. Emplâtre de Vigo sur la face dorsale de l'avant-bras droit..... Le 18 novembre (l'emplâtre du visage a été en-

levé le 15), une partie de la peau de la figure est déjà débarrassée des croûtes... Le 20, elle se nettoye de plus en plus; les membres sont couverts de nombreuses pustules..., les lieux où étaient les emplâtres ne présentent que de petites taches d'un rose pâle. Le 22 novembre, les tubercules de la face s'affaissent de plus en plus, il n'y a pas de cicatrices ni de dépression; les pustules des membres se dessèchent et se couvrent de croûtes... »

II. — *Recherches d'anatomie et de physiologie sur le système vasculaire sanguin de l'utérus humain pendant la gestation, et plus spécialement sur les vaisseaux utéro-placentaires;* par J.-M. Jacquemier, D.-M., ex-interne de la maison d'accouchement de Paris. — Les faits anatomiques établis par l'auteur prouvent combien Hippocrate a eu raison de déclarer l'expérience elle-même sujette à tromper...; car, après les recherches et les expériences de beaucoup de savants, c'était encore une question de savoir s'il existait une communication vasculaire directe entre l'utérus et le placenta, s'il y avait ou non des vaisseaux utéro-placentaires.

Suivant M. Jacquemier, il existe bien réellement des vaisseaux *utéro-placentaires;* ces vaisseaux, prolongement accidentel des artères et des veines de l'utérus, se trouvent dans l'épaisseur de la couche caduque placée entre la matrice et la face externe du placenta, restant adhérente à ce dernier après sa séparation. Lorsqu'on injecte un sujet, le délivre encore contenu dans l'utérus, on voit facilement ces vaisseaux, en décollant le placenta avec un manche de scalpel. Mais les vaisseaux utéro-placentaires se terminent par des extrémités closes et ne communiquent point directement avec les vaisseaux du placenta, quoiqu'ils semblent au premier abord pénétrer dans la substance de ce gâteau spongieux. Ces vaisseaux font évidemment partie des pro-

duits temporaires préparés par la mère : les artères sont petites, plus abondantes au centre d'insertion du placenta qu'à la circonférence, et contournées en spirale ; les veines, beaucoup plus abondantes et plus considérables, fréquemment anastomosées ensemble, communiquent avec les veines de l'utérus par les larges ouvertures de la face interne de cet organe ; on ne trouve pas d'ailleurs de communication entre les artères et les veines. Ainsi donc deux ordres de vaisseaux temporaires, les uns appartenant à la mère, les autres au fœtus (placenta proprement dit), se mettent en contact par leur extrémité sans communiquer directement les uns dans les autres, en sorte qu'on ne saurait admettre le passage des fluides de la mère au fœtus, et réciproquement, par un mécanisme semblable à la transfusion directe.

III. — *Recherches sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée et des polypes vésiculaires de l'utérus ;* par MM. V. Nivet, interne des hôpitaux, et H. Blatin. — L'hypersécrétion de la muqueuse utéro-vaginale constitue une variété de flueurs blanches qui a été généralement confondue avec le catarrhe utérin chronique... (cette hypersécrétion peut être *atonique*).

La membrane qui tapisse la cavité du corps de la matrice et du vagin peut être le siége de cette hypersécrétion ; mais, le plus souvent, c'est celle du col qui en est affectée.

Cette hypersécrétion peut avoir lieu sans qu'il existe aucun phénomène inflammatoire local. Des troubles sympathiques de la digestion l'accompagnent assez fréquemment.

Tels sont les principaux résultats auxquels l'examen d'un nombre assez considérable de femmes (tant à l'Hôtel-Dieu qu'à l'hôpital de Lourcine) a conduit les auteurs de ce mémoire.

Quant aux polypes vésiculaires (qui siégent ordinairement dans l'intérieur du col de l'utérus), MM. Nivet et Blatin sont portés à adopter les opinions de Morgagni (Lettre xxxiv, § 20), et à regarder ces polypes comme le produit de l'agglomération des follicules muqueux soulevés et détachés du tissu propre de la matrice.

Bulletin de thérapeutique (Septembre 1838).

Continuation des essais d'emplâtre de Vigo pour prévenir les cicatrices de la variole. — Nous avons déjà fait connaître les résultats, publiés par M. Sandras, de l'emploi de cet emplâtre. M. Dupré-Latour observait simultanément à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Baudelocque, des essais tentés avec le même moyen dans le même but. Il résulte de ces dernières expérimentations, comme des précédentes, que l'emplâtre de Vigo, appliqué au moment de l'éruption, et laissé en place jusqu'à la dessiccation des pustules qui n'en sont pas recouvertes, conserve à la peau sous-jacente son uni, prévient les cicatrices souvent si disgracieuses, et sans que ce bienfait soit racheté par aucun accident.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

ANALYSES D'OUVRAGES ITALIENS.

ISCHL ET VENISE, *Mémoire sur l'heureuse influence du climat de Venise*, et sur les avantages naturels et artificiels qu'offre cette ville pour achever, pendant l'hiver, la cure des maladies entreprise à Ischl pendant l'été, et spécialement pour la guérison des scrofules et des affections tuberculeuses de la poitrine et de l'abdomen; par le professeur BRERA, médecin à Venise. — 1 vol. in-8°.

A la fin d'une longue et illustre carrière de professorat dans diverses universités d'Italie, le docteur Brera, que le soin de sa santé avait obligé d'habiter successivement Ischl et Venise, acquitte aujourd'hui la dette de sa reconnaissance envers ces localités bienfaisantes, auxquelles il a dû son rétablissement, en célébrant tous les avantages dont la nature et l'art les ont dotées, et surtout en s'élevant contre de fausses idées généralement répandues sur la prétendue insalubrité du climat de Venise.

Quoique son ouvrage ait pour titre *Ischl et Venise*, la première de ces localités semble ne figurer dans son livre que comme un moyen de faire ressortir les avantages du ciel de Venise, qui est l'objet principal de son travail. C'est là, c'est dans sa résidence actuelle que le docteur Brera a surtout à cœur d'appeler les malades qui sont en position de voyager.

Située au sud-est de la Stirie, Ischl est une ancienne et jolie petite ville de 4,600 habitants. Elle fut occupée autrefois par les légions romaines, ainsi que l'attestent les antiquités qu'on y retrouve. Cette ville, remarquable par un

site pittoresque et éminemment salubre, intéresse surtout la médecine par les eaux minérales qu'elle renferme. L'analyse de ces eaux y fait reconnaître des hydrochlorates et des sulfates de soude, de chaux et de magnésie.

A une demi-lieue d'Ischl s'élève une montagne principalement formée d'hydrochlorate de soude; elle est percée de canaux qui permettent aux eaux de se sursaturer de ce sel avant d'arriver dans les établissements de la ville. On retrouve aussi sur le flanc de la montagne une source d'eau sulfureuse qui exhale une odeur bien prononcée d'hydrogène sulfuré.

Dans de nombreuses excavations pratiquées au sein de la montagne, on observe des boues formées d'hydrochlorate de soude, d'argile, de silice et d'oxide de fer. L'usage extérieur de ces boues paraît avoir eu de bons effets dans le traitement de certaines maladies cutanées, et surtout des ulcères atoniques, scrofuleux, etc.

En général la durée des bains salés est de quinze, vingt, trente minutes, selon les cas; on peut même la porter jusqu'à une heure. Quant au nombre, on le règle de la manière suivante pendant la saison : on commence par une série de vingt-huit à trente bains, après lesquels on laisse un intervalle de plusieurs jours pour recommencer encore une nouvelle série de bains quotidiens.

L'établissement des eaux d'Ischl possède une galerie fort bien disposée dans laquelle on fait dégager de la vapeur des eaux salées chauffées jusqu'à l'ébullition dans une immense chaudière de 36 mètres de circonférence. Selon les circonstances, les malades séjournent plus ou moins longtemps chaque jour dans cette galerie, où ils respirent les vapeurs salines. C'est par ce moyen, combiné avec les bains ordinaires, qu'on traite avec des succès remarquables, d'après les observations du docteur Brera, les affec-

tions catarrhales des membranes muqueuses nasale et bronchique, les maladies des systèmes dermoïde et glandulaire, les scrofules, les engorgements des viscères, et notamment ceux du foie, les affections arthritiques, rhumatismales et névralgiques, l'aménorrhée, l'hystérie, la chlorose, les affections tuberculeuses, les maladies des reins et de la vessie, etc.

La saison de l'été est la seule propice aux malades qui se rendent à Ischl. Les vents froids qui y soufflent dès les premiers jours de l'automne, font sentir de bonne heure aux baigneurs la nécessité de se réfugier sous le beau ciel de Venise pour y terminer le traitement commencé pendant l'été à Ischl.

Située au fond du golfe de l'Adriatique, la ville de Venise, peuplée de cent mille habitants, est formée par soixante-douze îles isolées les unes des autres et communiquant toutefois entre elles par trois cent six ponts, la plupart en pierre. Ces îles sont baignées de tous les côtés par les flots de la mer, qui, comme sur les côtes de l'Océan, présentent en cet endroit le mouvement de flux et de reflux.

Les auteurs qui ont écrit sur le climat de Venise ont émis, pour la plupart, des idées fausses sur la salubrité de son atmosphère, presque tous ayant fondé leurs théories sur des apparences trompeuses. Aussi le docteur Brera s'élève-t-il avec force contre cette opinion, et s'efforce-t-il de prouver que le climat de Venise jouit, au contraire, de propriétés éminemment salubres dont la médecine peut tirer un grand parti pour le traitement de certaines affections chroniques rebelles. Il rapporte, à l'appui de cette assertion, les témoignages de l'antiquité, et, de plus, les tableaux statistiques de la mortalité de Venise, desquels il résulte qu'une population de cent mille habitants donne

à peine quatre mille décès par an, parmi lesquels figurent un très-grand nombre de vieillards, et de fréquents exemples d'une longévité extraordinaire.

Une des causes principales qui concourent à la salubrité du séjour de Venise, c'est l'égalité et la douceur constante de sa température, qui tient le milieu entre celle de Pise et celle de Florence. Cette égalité de température, comparée aux vicissitudes thermométriques des climats de Nice, Florence, Pise, Rome, Naples et Padoue, donne des résultats qui sont tout en faveur du climat de Venise.

Une cause non moins puissante de la bonté du climat, c'est le dégagement, dans l'atmosphère, d'un gaz *hydrochlorique* et des molécules salines fournies par l'évaporation continuelle des eaux de l'Adriatique; cette émanation, jointe à une bonne et franche aération, favorisée par les vents de mer et des montagnes voisines, concourt avec les conditions électro-magnétiques locales à la parfaite salubrité du climat de Venise.

Pour ce qui regarde l'état hygrométrique de l'atmosphère vénitienne, il ne présente aucune propriété délétère ou seulement nuisible. Le débordement des eaux qui a lieu quelquefois dans les endroits bas de la ville, ne donne lieu, grâce aux conditions atmosphériques ci-dessus indiquées, à aucune émanation paludéenne. Et cela est si vrai, que les maladies propres aux localités humides et malsaines, telles que le scorbut, sont presque inconnues à Venise. Les scrofules, la phthisie et les affections tuberculeuses en général, qui sont si communes dans les villes populeuses, sont fort rares à Venise. Au dire même de Strabon, la ville basse se trouve dans des conditions hygiéniques si avantageuses, que les empereurs romains y envoyaient les gladiateurs pour les rendre plus forts et plus robustes.

De l'examen du climat, l'auteur passe successivement

à celui des autres avantages qu'offre la ville de Venise pour le traitement des maladies chroniques.

Les eaux de la mer, d'autant plus chargées de molécules salines que la mer est plus resserrée dans les terres, trouvent dans le golfe de l'Adriatique les conditions les plus propres à leur saturation ; aussi les propriétés des bains de mer sont-elles plus prononcées dans les eaux de l'Adriatique que sur tout le littoral de la Méditerranée ; du reste, elles présentent une identité parfaite de composition avec les eaux d'Ischl, dont nous avons parlé.

Une foule d'autres circonstances militent en faveur du séjour de Venise pour le traitement des maladies chroniques. Parmi les principales, l'auteur cite : 1° le voisinage d'Ischl, dont il a déjà été question, et de Recoaro, petite ville voisine qui s'élève sur les Alpes, à l'ouest de Vicence, et qui possède deux sources d'eaux minérales très-renommées, auxquelles l'auteur consacre un assez long article ; 2° les produits naturels du territoire vénitien, soit à titre d'agents thérapeutiques, soit à titre d'aliments. Parmi les premiers, les eaux sulfureuses et ferrugineuses, l'iode et le chlore sont des substances assez connues pour qu'il suffise de les nommer. Les algues des bords de l'Adriatique fournissent un produit en tout analogue au lichen d'Irlande, et qui jouit des mêmes propriétés. 3° Mais un des points sur lesquels l'auteur insiste avec le plus de complaisance, c'est le régime alimentaire. Il énumère toutes les espèces de poissons, de crustacés et de coquillages qu'on trouve en abondance à Venise. L'huître, ce mollusque si délectable, dont le nom seul fait si agréablement contracter la fibre gastrique du gastronome parisien, ne le cède en rien à celle du rocher de Cancale ; aussi l'auteur consacre-t-il un long paragraphe à l'histoire naturelle de cet ostracé. 4° Enfin, le docteur Brera donne le dernier coup de pinceau au tableau

si séduisant qu'il a tracé du séjour de Venise, en faisant ressortir tous les agréments particuliers de la ville : comme Paris, Venise offre dans ses murs de quoi satisfaire tous les goûts; variété de distraction et d'amusements, promenades, sociétés, spectacles, rien de ce qui peut contribuer à occuper agréablement les loisirs ne manque à l'heureux habitant de Venise *la Jolie*.

Le docteur Brera a joint à ce petit ouvrage sa propre biographie, c'est-à-dire une histoire littéraire et scientifique de sa vie entière. Il énumère toutes les fonctions publiques, toutes les chaires qu'il a occupées successivement dans diverses universités d'Italie; il donne même la liste de tous les élèves qui ont suivi ses cours, et surtout de ceux qui ont acquis plus ou moins de célébrité, et n'oublie pas la plus mince et la plus insignifiante brochure dans le catalogue des ouvrages qu'il a publiés depuis plus de 40 ans. Nous nous abstiendrons de toute réflexion sur cet appendice. C'est une satisfaction d'amour-propre qui est peut-être dans les convenances et les mœurs italiennes, mais qu'en tout cas on peut pardonner à un vieillard qui a beaucoup fait pour la science.

Histoire d'un fait de diathèse squirrheuse, suivie de quelques recherches sur le squirrhe et le cancer; par le docteur Hyacinthe NAMIAS, de Venise. — Broch. in-8°.

De toutes les maladies, il n'en est pas, peut-être, qui aient plus exercé la sagacité des médecins de tous les temps et de tous les pays, que les maladies cancéreuses.

Le docteur Namias s'est livré à son tour à quelques recherches sur le squirrhe et le cancer. Il présente d'abord l'his-

toire très-détaillée d'un cas de diathèse cancéreuse chez une jeune dame, qui, atteinte et opérée d'une tumeur squirrheuse du sein gauche, fut affectée consécutivement d'une tumeur ostéosarcomateuse énorme du genou gauche, à laquelle elle a succombé. De ce fait particulier, fort remarquable dans tous ses détails, l'auteur s'élève à quelques considérations générales sur les maladies cancéreuses. Loin d'admettre avec Scarpa que le tissu des glandes conglomérées externes et celui de la peau sont les seuls qui puissent donner naissance au squirrhe primitif, M. Namias établit avec la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et notamment avec les docteurs Bayle et Cayol, qu'il n'est aucune partie du corps qui ne puisse devenir le siége d'une affection cancéreuse primitive.

Quant à la cause génératrice du squirrhe et du cancer, l'auteur l'attribue à toutes les affections capables de troubler ou d'altérer l'action assimilitrice de notre économie, en donnant naissance à des produits anormaux; aussi croit-il qu'elle réside dans un principe morbifique qui circule avec le sang et qui l'altère. Cette théorie, la seule qui lui paraisse vraisemblable, lui fait rejeter l'opinion de ceux qui, faisant du squirrhe une maladie purement locale, la font toujours résulter d'une inflammation préalable.

M. Namias recherche ensuite si la diathèse squirrheuse est permanente dans l'économie après l'infection, ou si elle n'est que temporaire, ainsi que l'a avancé Scarpa ; il s'arrête à la première idée, qui lui paraît seule admissible ; aussi avoue-t-il qu'il est convaincu que l'ablation de la partie localement affectée ne change en rien la diathèse morbide de l'individu.

Mais existe-t-il une différence entre le squirrhe et le cancer? La seule différence établie par l'auteur entre ces deux états, c'est l'inflammation, et par suite, le ramollissement

et l'ulcération ; de sorte que dans le squirrhe passé à l'état de cancer, la diathèse morbide qui semblait s'être localisée dans l'organe squirrheux, redevient générale et exerce les ravages affreux si connus sur toute l'économie. Dans cette période de la maladie, l'ablation de la partie malade, loin d'être un moyen de salut, amène le plus souvent une récidive plus terrible que l'état primitif.

Dans tout son opuscule, l'auteur se montre au courant de tous les travaux qui ont été faits en France sur les maladies cancéreuses ; aussi appuye-t-il ses opinions sur les travaux de MM. Bayle, Cayol, Récamier, et cite-t-il les observations d'autres médecins et chirurgiens français, tels que Boyer, Andral, Richerand et Gendrin, dont il commente avec beaucoup de sagacité les opinions.

G. VIGNOLO.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Septembre 1838.)

Recherches sur la composition du sang.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE. — *Recherches sur la composition du sang.* — M. Schultz donne qnelques éclaircissements sur diverses propositions qu'il a consignées dans un ouvrage sur la circulation chez les animaux, ouvrage qu'il a présenté, il y a quelque temps, à l'Académie des sciences, et qui est écrit en allemand.

Les recherches citées dans cet onvrage ont, entre autres objets, colui de prouver que les parties élémentaires or-

ganiques du sang sont tout-à-fait différentes de ses parties élémentaires chimiques séparées après la mort.

Relativement aux parties organiques élémentaires, l'auteur en distingue deux : 1° le *plasma*, qui est la partie nutritive et formative ; 2° les *vésicules du sang* qui se métamorphosent et produisent, avec l'aide de la respiration, le plasma.

Le plasma est un liquide presque incolore, tenace, qui contient des vésicules rouges chez les vertébrés, et blancs chez les invertébrés. C'est ce liquide que l'on désignait sous le nom de sérum ; mais, dit l'auteur, j'ai démontré qu'il n'y a pas de sérum dans le sang vivant, et que le sérum se forme après la coagulation du plasma, comme partie chimique. Dans cet acte de la mort du sang, la fibrine est produite. On peut, de différentes manières, empêcher plus ou moins complètement la production de la fibrine. La fibrine, ajoute M. Schultz, n'existe donc pas dissoute comme partie chimique dans le sérum du sang vivant ; mais la fibrine est une véritable formation organique du plasma, formation qui ne peut être le résultat d'aucune séparation chimique.

Les vésicules du sang, poursuit encore notre auteur, sont ces parties qu'on a désignées jusqu'à présent sous le nom de globules du sang. Elles se composent d'une vésicule membraneuse qui est incolore chez les animaux à sang blanc, et plus ou moins remplie de matière colorante chez les animaux à sang rouge. J'ai démontré par des expériences qu'on peut extraire la matière colorante des membranes vésiculeuses par des liquides aqueux. La membrane incolore reste alors sans se dissoudre, contrairement à ce qu'on croit généralement que l'eau dissout la vésicule entière. L'iode fait reparaître la membrane vésiculeuse en lui rendant de la couleur et de la consistance, et l'endur-

oissant après avoir été soumise à l'action de ce réactif, elle offre une teinte d'un brun rougeâtre.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE;

(Septembre 1838).

Épidémies. — Éloge de Desgenettes. — Distribution de médailles pour le concours des prix. — Buste de Portal à l'Académie. — Revaccination : discussion sur ce sujet. — Névralgies. — Esquinancie.

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE (séance annuelle). — *Notice sur les épidémies.* — M. Piorry lit un discours sur les épidémies qui ont régné en France en 1836 et 1837. Une partie de ce travail est consacrée à l'exposition des travaux scientifiques des correspondants, et le reste, à des vues générales et à des considérations judicieuses sur la manière d'observer les épidémies.

Éloge de Desgenettes. — M. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie, prononce l'éloge du baron Desgenettes. Cette lecture est écoutée avec un vif intérêt par les nombreux étrangers qui remplissent le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Prix remplacés par de simples encouragements et une médaille. — L'Académie n'a point décerné de prix cette année, aucun des concurrents n'ayant résolu d'une manière complètement satisfaisante les questions mises au concours. Trois seulement ont obtenu des encouragements, savoir :

MM. Cerise,	médaille de	500 fr.
Raciborski,	id.	400
Brière de Boismont,	id.	400

Le reste de la séance a été consacré à la proposition des sujets de prix pour les années suivantes (1).

SÉANCE DU 11. *Buste de Portal à l'Académie.* — L'Académie vient de placer dans la salle de ses séances le buste de Portal en marbre, exécuté par l'habile ciseau de M. David. Ce buste est un cadeau que l'Académie a reçu de madame Lamourier, fille de l'illustre auteur de l'*Anatomie médicale*. Portal est représenté en habit de l'Institut, avec ses croix et le cordon de la Légion-d'Honneur; il est très-ressemblant, quoique un peu rajeuni. L'Académie a nommé une commission spéciale, composée d'autant de membres qu'il y a de sections, pour se rendre auprès de madame Lamourier, et la remercier au nom de la compagnie.

Revaccinations. — M. Bousquet communique à l'Académie l'extrait d'un travail consigné dans la *Gazette médicale de Berlin*, pour l'année 1837, concernant les revaccinations opérées dans les armées prussiennes. Les sujets sont au nombre de 47,268. Sur ce nombre, 21,308 ont présenté des pustules excellentes. Chez les autres, les piqûres ont donné des boutons bâtards, ou rien. Une troisième vaccination a été pratiquée dans une seconde catégorie d'individus, et l'on a obtenu de bonnes pustules chez un assez grand nombre, bien que leurs cicatrices anciennes présentassent tous les caractères de la bonne vaccine.

Depuis ces revaccinations, plusieurs épidémies de variole ou de varioloïde ont eu lieu dans plusieurs localités du royaume de Prusse, et l'on a observé qu'aucun des individus chez lesquels la revaccination avait bien pris n'a été saisi par l'épidémie, et que ce sont les autres, au con-

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue*, art. *Variétés*.

traire, qui n'avaient point été revaccinés, ou chez lesquels la seconde vaccination n'avait pas pris, qui ont été frappés par le mal.

M. Dubois (d'Amiens) renouvelle la proposition qu'il a faite tendant à ce que la même commission qui a lu la réponse à faire à la demande de l'autorité sur ce sujet soit priée de faire un travail complet et scientifique. M. Londe demande que la réponse dont parle M. Dubois ne soit point envoyée au ministre, attendu qu'elle est très-incomplète.

Névralgies. — M. Bally lit un rapport sur un travail de M. Sandras, intitulé : *Histoire des névralgies.* L'auteur admet quatre variétés de névralgies, d'après la nature de leurs causes : 1° hygiéniques ; 2° locales ; 3° générales ; 4° internes. Il passe en revue ces différents modes pathologiques dans les différentes régions du corps, à la tête, à la face, à la tempe, aux dents, dans le système musculaire, dans les viscères, etc., et expose les particularités symptomatologiques que chacune de ces variétés présente. Il arrive enfin à leur traitement. Ici M. Sandras établit une foule de distinctions fondées sur les conditions de la névralgie et l'état particulier de l'organisme. Les saignées, les vésicatoires, le sulfate de quinine, l'aconit, la morphine, les bains de vapeur, etc., etc., peuvent être utiles dans certains cas, nuisibles dans d'autres. L'auteur termine son mémoire par des considérations de philosophie médicale.

Conclusion. — Envoi du mémoire au comité de publication, pour en faire un extrait dans le *Bulletin* de l'Académie.

Esquinancies. — M. Girardin lit une note sur l'avantage des scarifications dans le traitement des esquinancies. Quelle que soit l'espèce d'angine à laquelle on a affaire,

tonsillaire ou laryngée, simple ou compliquée, légère intense ou maligne, l'auteur a trouvé que le moyen le plus efficace pour juguler promptement la maladie était de pratiquer des scarifications dans l'arrière-bouche, sur les amygdales, et sur la muqueuse du pharynx, à l'aide d'une lancette ou d'un pharyngotome caché. On détermine de la sorte une évacuation locale de sang, qui soulage instantanément les malades et suffit le plus souvent pour les guérir en un ou deux jours. Quelquefois on est obligé de répéter les scarifications le lendemain ; rarement on a besoin d'y revenir pour la troisième fois. Il va sans dire que si le mal a une grande intensité, il faut commencer par pratiquer une saignée du bras. Le nombre des mouchetures doit varier selon l'intensité et l'étendue de la maladie. L'auteur pose en fait que, dans la maladie en question, les sangsues qu'on a l'habitude d'appliquer autour du cou sont plutôt nuisibles qu'utiles, et qu'il en est de même des insufflations de poudre d'alun, alors surtout que le mal a pour siége les amygdales.

— M. Leroy-d'Etioles lit un mémoire sur les rétrécissements de l'urètre. Nous en rendrons compte à l'occasion du rapport qui en sera fait.

SÉANCE DU 18. — *Lithotripsie.* — M. Ségalas présente un enfant qu'il vient d'opérer de la pierre par la lithotripsie. C'est un petit garçon âgé de près de cinq ans, mais faible, rachitique, et grand tout au plus comme un enfant de deux ans et demi à trois ans. Cet enfant est le plus âgé de ceux que M. Ségalas a lithotripsiés dans ces dernières années ; c'est aussi celui qui avait la pierre la plus volumineuse, celui qui a demandé le plus de temps pour en être débarrassé, et qui a présenté le plus de difficultés dans le cours du traitement. Comparée à celle des autres enfants,

son histoire vient appuyer une opinion émise par M. Ségalas, il y a plusieurs années, devant l'Académie; savoir, que, dès que les instruments pénètrent jusqu'au corps étranger, la lithotripsie, comme la taille, offre d'autant plus de chances de succès que le sujet est moins avancé en âge.

La pierre avait *quinze* lignes de diamètre; elle a nécessité *douze* séances opératoires, et à trois reprises différentes des fragments se sont arrêtés dans l'urètre; il a fallu aller les y chercher. Nonobstant cela, nonobstant un catarrhe de vessie et l'ancienneté de la maladie, qui datait de l'âge de dix-huit mois, le résultat de la lithotripsie a été des plus satisfaisants. L'enfant est parfaitement bien guéri : il ne souffre plus du tout; il garde les urines trois à quatre heures. Ainsi que les autres enfants lithotripsiés par M. Ségalas, il n'a pas cessé de marcher et de jouer dans les intervalles des séances opératoires.

Cet enfant est le dixième que M. Ségalas a traité et guéri par la lithotripsie. Il est le dernier qu'il présentera à l'Académie. L'utilité de la lithotripsie dans le bas-âge lui paraît être désormais bien établie.

SÉANCE DU 25. — *Discussion sur la question des revaccinations.* — M. Baudelocque lit un discours écrit par lequel il établit : 1° l'exagération que l'on a apportée dans l'évaluation du nombre des varioles survenues après vaccine; 2° la bénignité et la durée moindre des varioles chez les vaccinés; 3° la différence des pustules obtenues par les revaccinations d'avec celles des premières vaccinations. On a pu obtenir, dit-il, par les revaccinations des pustules vaccinales régulières; mais ce ne sont là, comme les cas de pustules varioliques survenues sur des vaccinés, que des faits exceptionnels. On a exagéré d'ailleurs les résultats des

revaccinations, M. Baudelocque les a essayées lui-même sur un assez grand nombre d'enfants, et il n'a point obtenu de pustules légitimes. Il est possible, ajoute-t-il, que dans le cas où l'on aurait obtenu des pustules légitimes, la vaccine fût simplement locale, comme paraît l'être la variole elle-même lorsqu'elle survient après la vaccine. La propriété préservatrice de la vaccine consiste plutôt dans les phénomènes généraux qu'elle développe que dans l'éruption pustuleuse ; et dans le cas des revaccinations, l'éruption est le seul phénomène qui ait lieu.

Les revaccinations ne peuvent donc rien par rapport à l'efficacité de la première vaccine et ne peuvent donner la solution de la question.

Enfin, M. Baudelocque observe que la variole qui survient chez des vaccinés est toujours contractée par contagion, circonstance qui n'est point nécessaire, comme on le sait, pour le développement de la variole primitive.

M. Gérardin a la parole : La cause de la confusion que l'on observe dans les résultats des vaccinations tient à ce qu'on n'a pas tenu compte de la manière dont elles ont été suivies dans les différents départements. Depuis l'épidémie de 1826, époque où l'on a signalé le plus grand nombre de varioles chez des vaccinés, on a pu observer que dans les départements où les vaccinations ont été faites avec soin et d'une manière complète, on ne retrouve plus de variole après la vaccine ; dans les départements, au contraire, où elles ont été faites d'une manière incomplète et irrégulière, les résultats n'offrent que confusion.

La variole légitime s'observe à peine une fois sur 1,500 ou 2,000 individus environ. Quant à la variole mitigée, est-ce bien une modification de la variole ? Thomson a distingué la varioloïde de la variole, et cette différence est telle, qu'on peut rapprocher la varioloïde plus près de la miliaire

que de la variole. Dans toutes les épidémies, la varioloïde a atteint des individus qui n'avaient eu ni la variole, ni la vaccine.

M. Gérardin insiste sur ce que les premières vaccinations doivent fixer l'attention plus que les revaccinations; celles-ci ne seraient peut-être pas agitées dans ce moment, dit-il, si les vaccinations avaient été partout bien faites. Il conclut à ce qu'on réponde qu'il n'y a point d'urgence ni de néccssité d'ordonner des revaccinations, et qu'il faut insister pour que la vaccine soit généralisée et encouragée.

M. Chomel monte à la tribune et lit. La question, dit-il, offre un grand intérêt sous deux points de vue également importants, la santé publique et la science. Quelle que soit la défaveur que les revaccinations peuvent rejeter sur le vaccin, la vérité n'en doit pas moins être cherchée. La variole secondaire, comme celle qui survient après la vaccine, n'est jamais confluente. Il y a, à cet égard, parité entre la vaccine et la variole, par rapport à la reproduction de cette dernière. Cependant, quelle que soit la bénignité de la varioloïde, si elle est encore assez intense pour obliger les malades à s'aliter et à suspendre leurs affaires, il serait important de la prévenir. Les revaccinations offrent de nombreux avantages sans aucun inconvénient réel; elles auraient surtout l'avantage de donner une garantie nouvelle contre la transmissibilité de la variole.

Quant au point de vue scientifique, les revaccinations auraient encore l'avantage de répandre du jour sur les questions de la variole et de la vaccine. On pourrait, par ce moyen, apprécier la puissance préservatrice de l'une et de l'autre, relativement au nombre des pustules et aux limites de leur propriété préservatrice.

En un mot, les revaccinations n'offrent aucun inconvé-

nient sérieux, aucune apparence de mal ; elles auraient, au contraire, de très-grands avantages si elles pouvaient contribuer à éteindre la variole et à éclairer la science.

M. Cornac s'oppose à ce que l'on opte pour les revaccinations, attendu qu'on détruit toute confiance en la vaccine ; il n'y a pas de raison d'ailleurs pour qu'après avoir vacciné une seconde fois, on ne vaccine une troisième, une quatrième, une cinquième fois ; et puis, qui en posera les limites? Cette manière de voir est appuyée par M. Cruveilhier.

Plusieurs autres membres prennent part à la discussion. M. Double dit qu'il y a impossibilité de s'entendre sur la question, et nécessité de rester dans le doute. Ce doute même naît de l'égale confiance qu'on doit avoir dans les partisans et les adversaires de la revaccination. Répondre que ce qui est certain, c'est l'efficacité de la vaccine et la moindre fréquence des varioles, efficacité d'autant plus grande que la vaccine est mieux surveillée. Attendre les résultats des travaux qui ont été proposés pour le prix de l'Institut sur la question en litige.

La discussion est close, et la proposition de M. Double adoptée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Analyse des épanchements pleuraux. — Atrophie des testicules. — Seigle ergoté. — Rétrécissements de l'urètre.

Un membre appelle l'attention de la Société sur une analyse faite par M. Quévenne de liquides retirés de la plèvre par une opération d'empyème. Dans ce travail, l'auteur ne confirme pas seulement les résultats déjà obtenus par MM. Berzelius et Lassaigne sur l'analogie de com-

position du sérum du sang et des fluides sécrétés par les membranes séreuses ; mais il signale encore la ressemblance parfaite qu'il a trouvée entre les éléments de ces liquides et le sang lui-même. Un point de similitude que M. Quévenne s'est attaché surtout à faire remarquer entre le liquide pleurétique et le sang, c'est qu'après l'extraction du premier, au moyen de l'empyème, il s'y est formé, par le repos, un caillot consistant dont on a pu isoler la fibrine et qui ne différait de celui du sang que par la faible quantité de matière colorante.

M. Delens. Cette coloration du caillot fibrineux, quelque légère qu'elle fût, me porte à penser qu'il pouvait y avoir eu du sang exhalé dans la plèvre qui contenait le liquide analysé par M. Quévenne. Il ne faudrait donc pas trop se hâter de conclure du fait dont il s'agit qu'il y a réellement similitude de composition chimique entre le fluide pleurétique et le sang.

M. Nonat. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait épanchement sanguin dans une cavité séreuse pour qu'il y ait formation d'un caillot fibrineux. M. Nonat cite à l'appui de cette assertion un cas d'hydrothorax dans lequel il a vu toute la cavité pleurale remplie par des concrétions fibrineuses entièrement décolorées.

M. Hourmann partage tout-à-fait l'opinion émise par M. Nonat. Il se rappelle aussi avoir vu des concrétions fibrineuses tout-à-fait blanches dans *la cavité* de l'arachnoïde.

M. Chailly est appelé à faire successivement deux rapports verbaux : l'un sur les travaux de la Société de Médecine pratique de Paris, l'autre sur le recueil des séances de la Société médicale d'Indre-et-Loire. La Société vote des remercîments à ces deux corps savants.

M. Hourmann a la parole pour faire un rapport sur la

dernière publication faite par la Société anatomique de Paris. Un fait d'atrophie des testicules cité par M. le rapporteur donne lieu à la discussion suivante :

M. Roche demande si l'on a observé et relaté dans ce fait les phénomènes généraux de l'eunuchisme. Il a vu un cas d'atrophie des testicules chez un homme marié, âgé de 25 ans, qui, à la suite d'une chute sur ces organes, avait éprouvé une inflammation, suivie de suppuration et de perte de substance. Cet homme offrait dans sa constitution et dans sa physionomie tous les traits de l'eunuchisme.

M. Mérat cite, en opposition avec le cas rapporté par M. Roche, des exemples d'atrophie ou d'ablation des testicules sans phénomènes généraux d'eunuchisme.

M. Nacquart. Le fait observé par M. Roche serait du plus grand intérêt s'il était bien prouvé que l'état imberbe et la constitution toute féminine du sujet dont il a entretenu la Société fussent le résultat de l'atrophie des testicules. Mais il n'est pas impossible dans mon opinion que les deux ordres de phénomènes ne soient qu'un simple effet de coïncidence, et je dois dire, à ce sujet, que j'ai vu un homme de 36 ans offrant avec tous les traits du sexe féminin les attributs les plus complets de la virilité.

M. Roche se rappelle également avoir traité un homme d'une apparence extérieure toute féminine et qui était cependant d'une fécondité très-remarquable.

M. Bourgeois a vu aussi un cas d'atrophie des testicules chez un homme de 24 ans, traité d'une orchite par les préparations de ciguë. Les deux testicules étaient réduits chacun au volume d'une fève de haricot. Néanmoins, le malade, parvenu à l'âge de 40 ans, avait conservé tous les caractères extérieurs de la virilité.

M. Duparcque fait un rapport très-favorable sur un mé-

moire imprimé de M. Levrat-Perrotton, médecin de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon. Ce mémoire est intitulé : *Recherches et observations sur l'emploi thérapeutique du seigle ergoté.*

M. A. Bérard. J'ai entendu dire à M. le professeur Moreau que beaucoup d'enfants étaient morts par suite de l'usage du seigle ergoté, et qu'il considérait la mort, dans ce cas, comme due à une véritable intoxi cation .

M. Duparcque ne partage pas cette opinion. Il pense que, si le seigle ergoté cause la mort de l'enfant encore renfermé dans le sein de sa mère, ce n'est pas en l'empoisonnant; ce serait plutôt en déterminant l'asphyxie par la compression du cordon ombilical. C'est parce que M. Duparcque redoute ce funeste accident qu'il conseille aux médecins accoucheurs de n'administrer le seigle ergoté que quand ils auront pris en sérieuse considération l'état du bassin et de la matrice, et la position de l'enfant.

M. Deville a eu recours quatre fois au seigle ergoté pour activer le travail lent et tardif de l'enfantement, et, chaque fois, il a pu vérifier la justesse de la remarque de M. Moreau relativement à l'effet toxique de ce remède.

M. Chailly. J'ai pensé, comme quelques-uns de nos confrères, que, dans les accouchements où le seigle ergoté avait été employé, on voyait plus souvent les enfants naître asphyxiés que dans un nombre égal d'accouchements où cette substance n'avait pas été employée. Il y a peu de jours, j'ai eu un entretien sur ce sujet avec M. Sallyor, employé au bureau des actes civils du 6e arrondissement. Il résulte pour lui, des renseignements qu'il a pu recueillir sur la cause des décès des enfants morts-nés, qu'il est au moins probable que le seigle ergoté exerce sur les enfants une action nuisible.

En admettant le fait comme certain, comment l'expli-

quer? Selon moi, la substance n'est pas assez délétère, et les doses auxquelles elle est administrée sont trop faibles pour qu'elle agisse comme agent vénéneux. Mais ce qui a lieu quelquefois dans les accouchements les plus réguliers peut avoir lieu plus souvent dans ceux où les contractions utérines ont été fortement et parfois violemment excitées. Il arrive, en effet, qu'un enfant bien constitué, dont les mouvements se faisaient encore sentir peu de temps avant sa sortie, vient asphyxié. En réfléchissant sur la cause d'un pareil accident, je n'ai pu l'attribuer qu'au décollement prématuré du placenta. Je crois avoir rencontré juste; car toujours alors les légères coliques, qui signalent l'expulsion de cet annexe, ont eu lieu immédiatement après la sortie de l'enfant, et la délivrance a suivi de près.

Je concevrais donc que cet événement, assez rare dans les accouchements entièrement abandonnés à la nature, pourrait devenir plus commun sous l'influence du seigle ergoté. L'énergie artificielle communiquée aux forces de contraction pourrait déterminer le décollement du placenta un moment avant la sortie de l'enfant; et celui-ci, encore privé des moyens d'existence qui lui sont propres, viendrait dans un état d'asphyxie plus ou moins désespéré suivant le laps de temps qui se serait écoulé entre le décollement du placenta et la naissance de l'enfant.

Quant à la manière d'agir du seigle ergoté, ajoute M. Chailly, cette substance est antiphlogistique, c'est-à-dire qu'elle agit en diminuant les propriétés excitantes du sang. Ses effets sur les sujets, à la nourriture desquels elle se trouve mêlée en certaines proportions, le démontrent assez. D'un autre côté, elle a une action particulière sur les forces musculaires de l'utérus qu'elle augmente et peut même porter à un excessif degré d'énergie, mais seulement dans certaines conditions. On voit comment, à

l'aide de cette double propriété, le seigle ergoté peut, d'une part, modérer et même faire cesser le *molimen hemorrhagicum* sans déterminer les contractions utérines, à quelque époque de la gestation que ce soit, et, d'une autre part, provoquer ces contractions au terme de la grossesse, quand l'utérus est convenablement disposé.

M. Duparcque ne prétend pas nier que le décollement prématuré du placenta puisse être cause de la mort de l'enfant à la suite de l'administration du seigle ergoté. Il est possible que les choses se passent ainsi dans un certain nombre de cas. Il doit ajouter, cependant, que plusieurs fois il a été obligé d'aller chercher le placenta avec la main dans des accouchements qui avaient été terminés à l'aide du seigle ergoté, les enfants étant venus morts.

M. Mérat a employé le seigle ergoté, avec succès, dans quelques cas de pertes utérines évidemment passives et indépendantes de l'état de grossesse.

M. Leroy d'Étiolles donne lecture à la Société d'un mémoire sur la strangurie et la dysurie produites par les rétrécissements de l'urètre. Il divise ces affections suivant leur gravité, et non suivant leurs caractères pathologiques, difficiles à reconnaître pendant la vie.

Dans le premier degré, il y a rétention d'urine complète et impossibilité d'introduire une sonde. Il faut choisir alors entre la ponction de la vessie et le cathétérisme forcé. M. Leroy se prononce pour ce dernier moyen, dont il a fait plusieurs fois avec succès l'application dans les circonstances les plus graves. La réprobation dont la sonde conique est frappée depuis quelque temps, tient, suivant lui, non au procédé, mais à la manière dont on l'a appliqué. Ce n'est pas par une forte et brusque impulsion que M. Leroy franchit les obstacles. Il emploie quelquefois une heure à parcourir un espace de quelques lignes.

Dans le second degré, l'urine peut s'écouler par gouttes ou par un mince filet, et pourtant il y a impossibilité d'introduire la sonde ou les bougies, ce qui tient à une succession de petits obstacles par suite desquels l'étroit passage s'incline en zig-zag. Pour ce second degré, M. Leroy a fait revivre une méthode employée par Ambroise Paré, reproduite par Hunter, et que les travaux de Ducamp avaient fait abandonner; nous voulons parler de la cautérisation directe. Des instruments d'une grande simplicité rendent sûre et facile l'application de cette méthode que son rénovateur recommande aux praticiens.

Dans le troisième degré, les sondes peuvent traverser les obstacles, et la dilatation peut alors compléter le traitement. La dilatation temporaire faite pendant une heure chaque jour est le mode que M. Leroy préfère : toutefois, il ajoute qu'il y a des rétrécissements pour lesquels le contact permanent des sondes pendant plusieurs jours est nécessaire; d'autres, pour lesquels la cautérisation doit venir en aide à la dilatation. Il en est quelques-uns qui résistent à la dilatation et au caustique, et dont une distension brusque, accompagnée de l'éraillure du point rétréci, amène la guérison. C'est ainsi qu'agissent les grosses sondes de M. Mayor de Lausanne. Mais ce n'est pas avec ces sondes que M. Leroy lacère le petit nombre de rétrécissements rebelles aux autres méthodes. C'est par un instrument qui s'ouvre dans la coarctation même, et dont l'action lui semble plus sûre et plus facile à diriger.

Enfin, il y a des rétrécissements que rien ne peut empêcher de se reproduire, si ce n'est la réintroduction fréquente des bougies pour maintenir la dilatation.

M. Leroy indique encore des moyens simples de reconnaître les conditions dans lesquelles se trouvent ces maladies si fréquentes, et des instruments pour porter le caus-

tique sur plusieurs rétrécissements et les détruire simultanément.

Des faits viennent appuyer chacune des opinions de l'auteur et chacun de ses procédés.

La conclusion générale qui ressort de l'ensemble de ce travail est la suivante : Il n'y a pas de méthode de traitement applicable à la guérison de tous les rétrécissements, parce qu'il n'y a pas entre eux de similitude complète. Il n'y a pas un des procédés, que l'on a tour-à-tour vantés et décriés, qui ne puisse trouver une application utile et réussir là où tous les autres avaient échoué. L'art consiste donc à les employer à propos.

M. A. Bérard. Notre collègue nous a parlé de deux méthodes entre lesquelles il faut choisir quand on a à combattre un rétrécissement qui ne peut pas être franchi : la ponction de la vessie et le cathétérisme forcé. Il n'a pas fait mention d'un troisième moyen que l'on a d'abord vanté, puis rejeté : je veux parler de la boutonnière. M. Civiale y a recours dans les circonstances dont nous venons de parler. Elle remplit bien toutes les indications. On la pratique en arrière du rétrécissement, c'est-à-dire dans un point où l'urètre est nécessairement dilaté par l'urine. On a peu de tissus à inciser et on arrive facilement sur le canal. On introduit dans la solution de continuité une bougie d'un calibre convenable qui permet le libre écoulement de l'urine. En employant la sonde conique, M. Leroy n'a eu qu'un insuccès sur neuf cas : c'est une réussite brillante. Il ne faut cependant pas oublier que l'opération est grave, difficile. L'instrument peut se frayer une voie, soit sur les côtés de la prostate, soit au travers de cette glande. La boutonnière n'offre pas ces dangereux inconvénients.

M. Leroy. Pour que la boutonnière dût être préférée, il faudrait que le rétrécissement existât dans la portion mem-

braneuse : je crois qu'on le rencontre dans la portion prostatique, dans les neuf dixièmes des cas.

M. Bérard. On n'a pas fait, à ma connaissance, de statistique exacte sur le siége des rétrécissements. On pourrait trouver un grand nombre d'exemples prouvant qu'il est moins rare que ne le pense M. Leroy de les rencontrer au-dessous de la portion prostatique.

Tout récemment j'ai eu occasion de voir cinq cas où il en était ainsi. J'ai opéré un malade chez lequel le rétrécissement siégeait dans la partie membraneuse de l'urètre. Un autre malade, dont le rétrécissement occupait le même siége, était dans un état bien déplorable ; il avait tout à la fois un rétrécissement, des calculs vésicaux, une cystite et une péritonite. J'ai encore trouvé un rétrécissement dans la région indiquée chez un vieillard qui succomba à une pneumonie. Un quatrième malade a éprouvé, par suite d'une rétention complète 'urine, une perforation du canal qui a entraîné à sa suite des abcès et une fistule urinaire qui existe déjà depuis huit mois. Un cinquième malade, enfin, qui souffre depuis vingt-quatre ans de difficultés en urinant, était affecté de rétention d'urine depuis quarante-huit heures, quand je fus appelé à lui donner des soins. Chez ces deux derniers malades, le siége du rétrécissement est à un pouce et demi du gland. Je dois dire en passant que, chez le cinquième malade, je suis parvenu à faire cesser la rétention, en portant dans le canal une bougie capillaire. En la retirant au bout d'un quart d'heure, le malade a pu rendre des urines. C'est un moyen qui réussit presque toujours, quelque ancien que soit le rétrécissement, quelque degré d'étroitesse qu'il présente.

J'invoquerai encore une autre preuve à l'appui de mon opinion sur le siége le plus fréquent des rétrécisse-

ments. Les perforations de l'urètre sont la conséquence trop habituelle de ces maladies. L'infiltration d'urine qui en résulte envahit des parties différentes selon le lieu de la perforation. Toutes les fois que celle-ci survient entre le col de la vessie et l'aponévrose moyenne du périnée, l'urine s'infiltre sur les côtés de la vessie, dans le tissu cellulaire du bassin, vers le péritoine, et les accidents, souvent mortels, qui en résultent, ne donnent jamais lieu à l'établissement des fistules urinaires vers le périnée ou le scrotum. L'infiltration se fait, au contraire, dans ces parties, quand la perforation survient entre l'aponévrose indiquée et le gland ; de là des abcès urineux, et plus tard des fistules urinaires qui aboutissent à la peau du périnée, sur les côtés du rectum, au scrotum, à la verge ; on sait d'ailleurs que cette aponévrose périnéale répond à la partie moyenne de la portion membraneuse de l'urètre. Or, le plus grand nombre des individus qui ont éprouvé une perforation des parois de l'urètre sont plus tard atteints de fistules urinaires au périnée, ce qui prouve bien que le siège le plus constant des rétrécissements est au-dessous de l'aponévrose périnéale moyenne.

M. Leroy. M. Bérard vous a cité des faits pour prouver que les rétrécissements de l'urètre ont leur siége le plus ordinaire dans la portion membraneuse de ce canal. Je pourrais lui répondre par des faits nombreux dans lesquels le siége de la maladie était dans la portion prostatique : je me contenterai d'en citer deux tout récents. Chez le premier malade, il y avait engorgement de la prostate datant de plusieurs années. L'introduction d'une bougie très-déliée n'avait amené qu'une très-petite quantité d'urine ; il fallut tenter d'autres moyens. C'est alors que j'eus recours avec succès à la sonde de Mayor, puis à la sonde conique.

Il y a quatre jours, j'eus encore occasion de voir un malade atteint de rétrécissement dans la partie spongieuse de l'urètre. Des tentatives exercées pour opérer le cathétérisme n'avaient eu d'autre résultat que plusieurs fausses routes. J'introduisis une sonde conique en gomme élastique, et le succès vint encore justifier l'instrument et le procédé.

Je préfère le cathétérisme forcé à la boutonnière dans les cas d'obstacles insurmontables par les procédés ordinaires. Mais je dois répéter que quand j'ai recours à ce moyen, je ne crains pas de mettre une heure, deux heures pour franchir un demi-pouce de l'urètre. C'est de cette manière que je conçois le cathétérisme forcé.

J'ai pu, d'ailleurs, dans beaucoup de cas, réussir, comme M. Bérard, à vider la vessie par des bougies capillaires.

Revenant à la question principale, je maintiens que les neuf dixièmes des obstacles que rencontre le cathétérisme sont dans la portion spongieuse ou prostatique de l'urètre.

M. Bérard. Il résulte clairement pour moi des paroles de notre honorable collègue qu'il range dans la même catégorie, sous la même dénomination, les obstacles qu'apporte à l'introduction de la sonde le gonflement de la prostate et le rétrécissement du canal de l'urètre. Sans doute l'un et l'autre produisent la rétention d'urine. S'il y a analogie d'effets sous ce rapport, il y a des différences bien essentielles sous le double rapport de la lésion et du traitement.

Dans les maladies de la prostate, le canal est plutôt comprimé ou dévié que rétréci, tandis que dans le rétrécissement il y a diminution réelle dans le diamètre du canal.

La rétention qui tient au volume de la prostate, cède, en général, au cathétérisme pratiqué avec une grosse sonde, ce qui n'a pas lieu dans le second cas. Or, les deux

faits que nous oppose M. Leroy sont précisément des cas d'engorgement de la prostate qu'il faut classer en dehors des rétrécissements ordinaires de l'urètre, et par cela même en dehors de la discussion actuelle.

M. Segalas : Je ne partage pas l'opinion de M. Leroy relativement à la préférence qu'il accorde aux sondes coniques. Pour mon propre compte, je préfère me servir de sondes cylindriques qui me permettent de mieux sentir la résistance qu'elles éprouvent dans le canal; tandis qu'avec la sonde conique, la résistance latérale peut en imposer et faire croire à une résistance antérieure, la seule qu'il importe de vaincre par le cathétérisme évacuant.

Un membre de la société demande ce qu'il faut penser des concrétions membraniformes de l'urètre, considérées comme cause de rétention d'urine, et de l'utilité dont on prétend que sont douées, dans ce cas, les injections forcées qui détachent et entraînent ces obstacles au libre passage de l'urine.

MM. *Segalas et Leroy* ont employé ce moyen de traitement sans en avoir obtenu assez d'avantage pour en continuer l'usage.

M. *Duparcque*. J'ai publié, il y a plusieurs années, un mémoire sur les rétentions d'urine dues à des fluxions sanguines déterminées chez des sujets hémorrhoïdaires. J'ai pu, dans ces cas, constater par l'observation directe que les vaisseaux qui parcourent le col de la vessie peuvent être assez engorgés pour empêcher l'émission de l'urine. J'ai cité, entre autres faits, celui d'un vieillard de quatre-vingt-dix ans qui fut guéri sans retour de cette variété de rétention d'urine par une saignée.

M. Leroy ne croit pas que la rétention d'urine puisse se manifester brusquement sans engorgement de la prostate ou autre lésion antécédente.

M. Segalas signale comme cause très-fréquente de rétention d'urine, le bain. Après les lésions organiques, c'est celle qui paraît agir le plus puissamment. Il ne croit pas exagérer en disant que, plus de cent fois, des malades lui ont rapporté avoir été pris brusquement de rétention d'urine en sortant du bain.

VARIÉTÉS.

Lettre sur la question des revaccinations et de la propriété préservatrice de la vaccine.

A M. le Directeur de la Revue médicale.

Monsieur et très-honoré Confrère,

J'ai pensé qu'il pouvait y avoir quelque utilité, ou du moins quelque à-propos, dans la publication de la circulaire suivante adressée aux médecins des hôpitaux de Paris; j'y ai joint la courte réponse que j'ai cru devoir adresser à l'administration, en attendant que des documents généraux fussent recueillis de concert avec mes collègues.

Agréez, etc.

Circulaire administrative.

« Paris, le 22 septembre 1838.

» Monsieur le Docteur,

» M. le préfet du département vient de transmettre, au Conseil général des hospices, des observations qui lui ont été communiquées par M. le ministre des travaux publics,

de l'agriculture et du commerce, dans la vue d'éclaircir quelques doutes qui auraient été émis sur la conservation de la vertu préservative du vaccin en France.

» Ces doutes, ajoute M. le ministre, ne paraissent pas fondés. L'Académie royale de médecine, qui est le conseil légal du gouvernement, en ce qui concerne la vaccine, s'est prononcée, dans ses derniers rapports, de la manière la plus formelle contre l'opinion de l'affaiblissement des propriétés préservatives du vaccin; elle n'a proposé aucune expérience de revaccination, et l'on doit en conclure qu'une pareille mesure lui a paru au moins inutile.

» Toutefois, Monsieur le Docteur, l'autorité supérieure, ne voulant rien négliger de ce qui peut l'amener à résoudre les questions graves que soulèvent des opinions peut-être hasardées, a pensé que les médecins et chirurgiens des hôpitaux se trouveraient en position de fournir d'excellents documents sur l'état actuel de la vaccine à Paris et dans le département de la Seine, et que, mieux que personne, ils pourraient s'expliquer sur la question de savoir s'il y a, aujourd'hui plus qu'autrefois, des exemples d'individus vaccinés qui soient atteints de la petite-vérole, comme sur l'utilité, peu probable, de recourir, dans un temps donné, à des revaccinations, qui, chez les uns, amèneraient une nouvelle sécurité, et, chez beaucoup d'autres, pourraient ébranler la confiance accordée à notre préservatif contre la variole.

» Ce sont des réponses à ces points délicats que le ministère demande aux conservateurs de la santé publique, et, en s'adressant, pour les obtenir, aux hommes éclairés et consciencieux accrédités auprès de l'administration des hospices, il a la certitude de trouver la vérité qu'il cherche.

» Je viens donc, Monsieur le Docteur, vous prier, au

nom du Conseil général, de vouloir bien rassembler, sur les détails qui précèdent, tous les renseignements qu'amèneront vos souvenirs, votre expérience et les notes écrites qui peuvent être consignées sur les registres et observations tenus à l'établissement confié à vos soins. »

Note relative à la vaccine, adressée à M. le secrétaire-général de l'Administration des hôpitaux (en réponse à la circulaire précédente); par le docteur GIBERT, médecin de l'hôpital de Lourcine.

§ I. *Petite-vérole chez les individus vaccinés.* — En 1822, une épidémie de varioles assez grave régna à Paris; nous l'observâmes à l'Hôtel-Dieu dans les salles Sainte-Madeleine et Sainte-Agnès affectées à ce genre de malades, durant les mois d'octobre, novembre et décembre. L'âge de nos malades variait de 15 à 28 ans. Nous recueillîmes 16 observations dans la salle des femmes, et 25 dans la salle des hommes, en tout, 41. Sur ce nombre, nous n'eûmes que 4 individus vaccinés (la vaccination avait été pratiquée dans l'enfance et avait laissé de bonnes cicatrices). L'un de ces sujets n'avait qu'une *varicelle* ou petite-vérole volante; les trois autres, une *varioloide* ou petite-vérole modifiée. Un seul de ces derniers cas présenta de la gravité, et cependant le malade guérit comme les autres. La petite-vérole, proprement dite, se montrait *pour la seconde fois* chez 5 autres individus : elle fut grave chez tous, et mortelle sur 3 d'entre eux.... Quelle comparaison plus favorable à la vaccine !

Parmi les malades qui n'avaient été atteints antérieurement ni de variole, ni de vaccine, nous observâmes seulement une *varioloide* et une *varicelle*. Treize sujets n'eurent

qu'une petite-vérole discrète et bénigne, heureusement terminée du quinzième au dix-huitième jour : elle fut confluente et grave sur le reste des malades, et mortelle sur quatorze.

En sorte qu'en ajoutant à ce nombre (quatorze) les trois sujets que nous avons vus succomber à une seconde attaque de petite-vérole, et retranchant les deux individus atteints seulement de varicelle ou petite-vérole volante, nous trouvons 17 morts sur 39 malades. Si nous retranchions encore les quatre *varioloïdes* (en considération du peu de danger attaché en général à cette espèce d'éruption), nous aurions, en définitive, l'effrayante proportion de 17 morts sur 35 malades : presque la moitié !

C'est qu'en effet la variole est généralement bien plus dangereuse chez les sujets adultes que chez les enfants, et qu'elle est bien plus meurtrière dans les grandes épidémies que lorsqu'elle ne se montre que par cas isolés. On est aussi, durant ces épidémies, bien plus exposé à contracter la maladie que dans les temps ordinaires.

Il y a cependant quelques sujets qui se montrent, en tout temps, réfractaires à la contagion. Nous avions à l'Hôtel-Dieu, dans notre service de varioleux, une religieuse, âgée d'une trentaine d'années, qui n'avait jamais été atteinte par la maladie, et qui s'était également montrée réfractaire à la vaccine. Déjà, à une époque antérieure, elle avait donné des soins à des varioleux dans une épidémie grave, et elle ne cessa, pendant la durée de celle que nous avons signalée ci-dessus, de soigner, avec le zèle ardent de la charité chrétienne, nos malades les plus gravement affectés, les plus capables de transmettre le germe du mal hideux dont ils étaient atteints !

Au printemps de 1835, nous avons observé en ville, chez un individu vacciné, une *varicelle* accompagnée d'acci-

dents nerveux insolites (délire furieux, etc.), qui néanmoins marchait vers la guérison, sans probabilité de cicatrices, lorsqu'un refroidissement, dû à une grave imprudence, détermina une pleuro-pneumonie mortelle. Un autre, qui avait donné des soins assidus au malade, et qui, comme lui, était arrivé à l'âge adulte et avait été bien vacciné dans son enfance, contracta la *varioloïde* du précédent; mais n'eut qu'une éruption courte, bénigne, et qui ne laissa point de cicatrices.

Au printemps de 1833, nous avons eu dans nos salles de l'hôpital de Bourbonne quelques *varioloïdes* chez des femmes vaccinées dans leur enfance; et, à cette occasion, une malade, âgée de 25 ans, et non vaccinée, contracta une variole qui fut grave et laissa de nombreuses cicatrices au visage.

Ces faits, et beaucoup d'autres que je pourrais emprunter à ma pratique particulière, sont tout en faveur de la vertu préservatrice de la vaccine, même après qu'un grand nombre d'années s'est écoulé depuis la vaccination.

---

§ II. *Revaccinations.* — Je n'ai fait qu'un très-petit nombre de revaccinations, et je n'ai tenu note que de cinq. Ces cinq individus étaient des femmes âgées de 18 à 35 ans, toutes vaccinées dans leur enfance. Chez trois d'entre elles, il y eut des boutons de *fausse-vaccine*; c'est-à-dire des pustules inflammatoires de quelques jours de durée, de forme irrégulière, développées dès le lendemain de la piqûre, et ne laissant pas de traces après elles. Les deux autres personnes n'ont point eu de boutons. Chez l'une d'elles, une seconde revaccination, pratiquée au bout d'un an, détermina aussi des boutons de fausse-vaccine de trois à quatre jours de durée.

§ III. *Conclusion.* — Je partage pleinement l'opinion de la Commission académique sur le danger moral attaché à des revaccinations publiques et ordonnées par l'autorité. En général, je suis porté à croire les revaccinations inutiles. Cependant, je n'hésiterais pas à les pratiquer sur les personnes qui en manifesteraient le désir, mais seulement dans le cas où ces personnes se trouveraient exposées aux miasmes de la variole, comme, par exemple, dans le cours de quelque épidémie meurtrière, ou dans le cas de rapports intimes avec un sujet affecté de la maladie.

J'ajouterai enfin que je suis loin de regarder comme innocente, et que je ne puis m'empêcher de trouver absurde, la pratique de quelques expérimentateurs qui ont proposé de multiplier indéfiniment les piqûres vaccinales.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Bibliothèque de thérapeutique, tome IV : Travaux thérapeutiques anciens et modernes, sur la compression, le fer, les préparations ferrugineuses et l'huile de térébenthine, contenant la substance ou l'extrait de plus de 950 observations, etc. ; par A.-L.-J. Bayle, D.-M., etc. Un gros vol. in-8°, Paris, 1837.

En rendant compte du troisième volume de cet important ouvrage (Voir le tome III, an 1835, p. 381 de la *Revue médicale*), j'ai suffisamment discuté les bases du plan que s'est tracé l'auteur, et je n'y reviendrai point ici. Comme dans les volumes précédents, M. Bayle a cru devoir appeler la *statistique* à son aide, et malgré les judicieuses annotations qu'il a jointes aux chiffres, je persiste dans les objections que j'ai déjà présentées contre ce système, qui commence heureusement à passer de mode. Si je voulais trouver

de nouveaux exemples à l'appui des graves inconvénients que j'ai signalés comme inhérents à la méthode *arithmétique*, dans son application à la thérapeutique, ce nouveau volume m'en présenterait plus d'un. Quel praticien, tant soit peu expérimenté, ne se récrierait, en effet, en trouvant au tableau inscrit à la page 347, et offrant le résumé des cures faites par les préparations ferrugineuses, des indications telles que celles-ci :

« Maladies *cancéreuses* : nombre de cas, 12 ; guérisons, 6.
Épilepsie : nombre de cas, 7 ; guérisons, 7. »

M. Bayle a beau dire, quand les chiffres peuvent donner des résultats aussi évidemment trompeurs que ceux-là, il faut renoncer aux chiffres !

Avant de quitter mon rôle de critique, j'ai encore à soumettre à l'auteur quelques observations de détail.

D'abord, je regrette que l'annonce de travaux *anciens* qui se trouve sur le titre ne soit pas suffisamment justifiée par les très-courtes indications historiques placées en tête des principaux chapitres. Et je le regrette d'autant plus, que M. Bayle, ex-bibliothécaire de la Faculté de médecine, et versé depuis long-temps dans la littérature médicale, était singulièrement apte à remplir cette tâche.

Ensuite, je crois que s'il y a avantage à reproduire dans leur entier les mémoires originaux qui ont acquis quelque célébrité, il y a réellement surabondance dans la publication nouvelle d'une foule d'observations particulières qu'il suffirait d'indiquer, et que chacun peut retrouver au besoin dans les journaux de médecine les plus répandus.

Enfin, j'insiste sur le danger de quelques négligences typographiques qui, dans un ouvrage du genre de celui-ci, peuvent devenir capitales.

Par exemple, dans les observations de *F. Home*, à la p. 367 et suiv., on lit en signes une formule de looch térébenthiné contre la sciatique, ainsi conçue : miel rosat, ℥ ij (deux onces) ; huile de térébenthine, ℥ ij (deux onces) ; puis l'on trouve au résumé de la page 568, la même formule reproduite ainsi en lettres : huile essentielle de térébenthine, *deux gros* ; miel rosat, *deux gros*. A la page 542 du même résumé, on lit que les malades, dont l'observa-

tion a été recueillie par MM. Avisard et Mauhoney, ont été guéris de catarrhe vésical par la térébenthine *cuite* de Venise ; et l'on trouve dans la première observation de la page 519, que c'est la térébenthine *molle* de Venise qui a été administrée, ce qui est bien différent. La première préparation, en effet, est à peu près inerte ; la seconde, au contraire, jouit d'une activité réelle. Je sais d'ailleurs, de science certaine, que c'est la térébenthine *molle* que prescrivait Dupuytren, étant moi-même employé à l'Hôtel-Dieu, à l'époque où observaient MM. Avisard et Mauhoney.

Cette part faite à la critique, je n'ai plus que des éloges à donner au livre, et des remercîments à adresser à l'auteur. Il est bon de mettre en regard du fatras anatomique qu'on nous a trop long-temps donné pour de la médecine *clinique*, ces acquisitions thérapeutiques que le temps a sanctionnées, et qui font la consolation du médecin, de celui, du moins, qui désire, non-seulement recueillir des observations, diagnostiquer avec précision les plus minces altérations locales, et en établir l'étiologie anatomique, non-seulement *expliquer* les symptômes et commenter la mort..., mais encore, autant qu'il est possible, guérir le malade !

Ce volume comprend le résumé des travaux thérapeutiques publiés sur la compression, le fer, l'huile de térébenthine.

La *compression* (exercée à l'aide d'un bandage de corps lacé) a été employée avec succès dans l'*ascite*, par MM. Godelle, Bricheteau, Bayle et plusieurs autres observateurs modernes. Elle a été appliquée aussi avantageusement à l'hydropisie du genou.

Employée avec les plus étonnants résultats par M. Récamier, contre les *tumeurs squirrheuses* et cancéreuses du sein, la compression a offert aussi en pareil cas des avantages réels aux docteurs Samuel Young, Bizard, Caron du Villards, etc.

La *brûlure* a encore été très-efficacement traitée par la compression, par MM. Bretonneau et Velpeau. Il en est de même de l'*érysipèle phlegmoneux*.

Mais une des applications les plus ingénieuses de cette méthode thérapeutique est sans contredit celle que M. Blaud en a faite au traitement des *congestions cérébrales*, si redoutables dans le jeune âge ! La suspension de l'afflux sanguin, opérée par la compression

des artères carotides, a suffi pour rappeler à la vie des enfants qui paraissaient dans un état désespéré.

La compression de l'aorte ventrale contre les *hemorrhagies utérines* est aussi une belle application du même procédé.

La suspension des accès et la guérison de fièvres intermittentes, opérées à l'aide de la ligature circulaire des membres, destinée à retenir le sang aux extrémités, et à lutter contre le mouvement concentrique qui caractérise la première période des fièvres d'accès, sont encore des faits curieux et d'une utilité positive.

L'intumescence de la langue, l'éléphantiasis arabe, le *nævus-maternus*, l'orchite, l'hydrocéphale même, s'il faut en croire quelques médecins étrangers, ont éprouvé de la compression les meilleurs résultats.

Les préparations ferrugineuses constituent, sans contredit, des remèdes d'une utilité journalière. Aussi, les praticiens liront avec un grand intérêt les observations de M. Blaud (*chlorose*), celles des docteurs Hutchinson, Duparque et autres (*névralgies*), celles de MM. Trousseau et Bonnet (*gastralgies*), celles de Carmichael, Voellier, Fuzet-Dupouget (affections *cancéreuses*), etc., etc.

Quant à l'*huile de térébenthine*, on ne saurait révoquer en doute ses succès dans la *sciatique* (Home, Récamier, Martinet, etc.), le *rhumatisme*, les affections *vermineuses* (Hall, Clifton, Bateman, Peschier, Maunoir, de Lens, etc.), les *catarrhes* (Dupuytren et beaucoup d'autres), l'*épilepsie* même, dans le traitement de laquelle nous avons déjà eu occasion de signaler les bons effets du remède qui, malheureusement, est d'une administration assez difficile. (Voir notre mémoire sur l'*épilepsie*, dans le tome III, 1835, de la *Revue médicale*).

Quant aux brillants succès obtenus par Durande dans la colique hépatique et les *calculs biliaires*, et aux succès plus merveilleux encore signalés par un médecin anglais (Brenan) dans la *péritonite puerpérale*, nous ne pouvons nous défendre d'une certaine défiance qui ne pourrait être dissipée que par une expérience plus étendue.

Le court aperçu que nous venons de tracer suffira sans doute pour donner à nos lecteurs le désir de recourir à l'ouvrage lui-même; car un livre aussi éminemment usuel que celui de M.

Bayle doit trouver place dans la bibliothèque de tous les médecins.

GIBERT.

Esquisse des maladies épidémiques du nord de l'Afrique; examen des causes qui les ont occasionnées et entretenues; considérations hygiéniques, etc.; par le docteur Ducoux, chirurgien aide-major au 55e régiment de ligne, avec cette épigraphe *Quæque ipse miserrima vidi.*

Comme l'indique le titre, cette brochure contient trois parties.

Première partie. — Elle présente le tableau des maladies qui ravagent le plus communément notre armée d'occupation. Elles sont de trois sortes : 1° une espèce de typhus qui participe un peu de la fièvre jaune. L'auteur n'a point assez clairement dépeint cette maladie ; il ne l'a point assez clairement personnifiée par des observations détaillées pour les médecins qui ne l'ont pas observée sur les lieux ; 2° la fièvre intermittente : rien de nouveau à ce sujet. On sait que les marais et la transition brusque du chaud au froid y rendent la fièvre intermittente endémique ; 3° la dysenterie. Elle y est endémique comme dans toutes les régions inter-tropicales.

Quant au traitement, on est revenu des premiers errements apportés du Val-de-Grâce par les jeunes chirurgiens militaires. Après avoir criblé de sangsues les militaires qui avaient échappé aux balles des Arabes, après avoir dépeuplé de sangsues les riches marais de l'Afrique, après avoir été obligé d'en venir aux ventouses, faute de sangsues, on a reconnu, quoique trop tard, l'abus de la méthode jugulante.

Deuxième partie. — Causes : On sait que le climat d'Afrique a été funeste à nos soldats. Eh bien, aux yeux de M. Ducoux, comme de la plupart des médecins qui ont écrit sur les maladies d'Afrique, et surtout de M. Vorms, le climat a été bénin, auprès de l'abus des antiphlogistiques et de l'incurie de beaucoup d'épaulettes à gros grains, pour la santé du soldat. « Les documents officiels publiés par le » gouvernement, dit M. Vorms, établissent que depuis l'occupa- » tion de l'Afrique, sur un effectif total de 204,397 hommes, il » y a eu 16,482 décès, et 224,822 entrées dans les hôpitaux. »

Ces chiffres n'étonnent plus quand on sait le mépris de la vie et de la santé des soldats, qu'ont affecté certains traîneurs de sabre. On se ferait difficilement l'idée des horreurs qui ont été commises en Afrique par ces agioteurs haut titrés, comme les appelle M. Ducoux, et à qui le nom de loups-cerviers, qui leur fut donné dès le commencement, restera comme un stigmate ineffaçable. Quelle responsabilité ils ont assumée vis-à-vis de la France, vis-à-vis des indigènes, vis-à-vis de la civilisation, et surtout vis-à-vis de notre armée !

A force d'étudier la question d'Afrique, nous sommes parvenus à comprendre l'indignation qu'ont éprouvée des ames nobles comme celle de M. Ducoux « contre ces hommes uniquement occupés de » leur fortune, et de se vautrer dans la fange des intérêts particu- » liers... ; contre la contrebande qui était presque ostensiblement » organisée par nos infirmiers, que la nécessité nous avait forcés de » prendre parmi les vagabonds des rues, écume de la population » européenne (et surtout de la population parisienne)...; contre » l'imprévoyante pénurie de chirurgiens militaires, qui obligea » d'employer, en qualité d'officiers de santé auxiliaires, de simples » soldats, dont nul examen sérieux n'avait constaté les connaissan- » ces même superficielles.... On eût dit un génie satanique attentif » à favoriser la désorganisation par tous les moyens destructeurs » dignes de l'ame la plus noire. »

Pauvres soldats, arrachés de force à vos familles et aux égards dont vous étiez l'objet, que de fois vous tournâtes alors vos regards vers la France!

« L'espérance seule du retour vers la mère-patrie produisait sur » nos soldats une amélioration surprenante. L'annonce du départ » d'un bâtiment leur imprimait une impulsion électrique; leurs » yeux, jusqu'alors ternes, s'animaient comme par prodige, et bien- » tôt les larmes s'en échappaient pour mouiller les mains de l'heu- » reux messager d'une si douce nouvelle..... Et comment rester in- » sensible aux prières d'un moribond, dont l'œil humide se tourne » vers la France!... Beaux diseurs, qui, fatigués des plaisirs du » boudoir ou des jouissances de la table, faites de la philantropie » par distraction et du patriotisme par désœuvrement, que ne ve- » niez-vous retremper votre ame à de tels spectacles!..... Le labou-

» reur et l'artisan, frappés par le sort, deviennent à vos yeux des » êtres maudits, parce qu'ils n'ont pas eu d'argent pour acheter » d'un autre le courage, dont la loi dispense les riches..... A force » de sollicitations, de rapports et d'instances, j'obtins le nolis im- » médiat de bâtiments de commerce, sur lesquels j'embarquai les » convalescents... » Très-bien, très-bien, M. Ducoux, vous avez compris la mission du médecin, vous avez été ému en entendant le râle de tant d'agonisants, que pas une voix amie ne venait consoler à leur dernière heure! « Mais c'est assez m'arrêter à des observa- » tions que je ne puis faire sans ressentir une insurmontable hor- » reur... J'ai déchiré une partie du masque... Il est facile de con- » cevoir le motif qui m'empêche de descendre à de plus amples » explications. »

Troisième partie. — Hygiène : L'auteur démontre la nécessité de se soustraire en Afrique à l'influence :

1° D'une action solaire, excessive ou prolongée;

2° De l'humidité des logements;

3° De la fraîcheur des nuits;

4° Des transitions de température;

5° Des miasmes qu'exhalent les marais.

Contre chaque agent insalubre, l'auteur s'est étudié à trouver une ressource hygiénique. Une des plus puissantes, c'est l'usage de la chemise de laine, semblable à celle des marins, dont elle est le vêtement le plus utile et le plus commode à la fois. L'antiquité, le moyen-âge et le Midi sont sous ce rapport bien au-dessus des Européens actuels, pour la salubrité des vêtements.

L'auteur entre dans beaucoup de détails sur les moyens de conserver la santé des soldats. Quelle est belle, encore un coup, quelle est belle en Afrique la mission du médecin!

Au reste, courage! Le soldat si cruellement sacrifié jusqu'ici aux agioteurs et aux loups-cerviers, le soldat qu'aucune voix amie ne venait consoler, le soldat qui ne voyait dans son agonie que ces infirmiers cupides, l'écume des rues des grandes villes, qui spéculaient sur les quelques pièces de monnaie qu'allait leur livrer son dernier soupir, le soldat va revoir les amis de son enfance et de son village, le prêtre et la sœur hospitalière. Déjà la petite-fille d'un des plus grands médecins dont s'honore la France, la petite-fille de

Portal, vient de se revêtir du bienfaisant habit de religieuse hospitalière, et de partir pour l'Afrique avec une colonie de sœurs hospitalières. Enfin aussi la religion vient d'obtenir la permission de mettre pied à terre en Afrique, alors seulement que la sagesse des hommes en était réduite à conseiller l'évacuation et l'abandon. Nous ne craindrons pas de le dire à ceux qui, comme nous, désirent si vivement la civilisation de l'Afrique : croyez-en la vieille expérience du christianisme, qui a civilisé les Goths, les Vandales, les Germains, les Gaulois, les Saxons, etc. La croix a plus civilisé de peuples que le sabre et le cimeterre ; ou plutôt n'est-ce pas le sabre et le cimeterre qui ont replongé dans la barbarie cette Afrique si civilisée aux temps où Tertullien, Origène, saint Clément et saint Augustin y donnaient des leçons de philosophie, d'éloquence, de rhétorique et de grammaire !

C'eût été au front du XIXe siècle la tache la plus ineffaçable ; il se fût déclaré par-là plus impuissant pour la civilisation des peuples que les siècles de barbarie. Quoi ! vous conseillez d'abandonner la terre d'Afrique ! Vous avez donc oublié toute l'histoire de l'antiquité ? Oui, lors même qu'une fausse philosophie et une civilisation impuissante conseilleraient d'abandonner une terre où sont écrits les noms immortels de Carthage, d'Annibal, de Scipion, de Caton, des Romains, jamais la religion n'abandonnera un pays où sont écrits les noms de Cyprien, d'Augustin et de tant d'autres docteurs et philosophes chrétiens.

Et la civilisation aura encore été sauvée une fois par le christianisme ! Et nos pauvres soldats malades auront encore été sauvés une fois par la religion qui créa les hôpitaux et les sœurs hospitalières, ces éléments sans lesquels la science et le dévouement des médecins restent impuissants et sont paralysés par des infirmiers mercenaires, ivrognes et insensibles !

V.

Recherches pratiques sur les maladies de l'oreille moyenne et sur le développement de l'ouïe et de la parole chez les sourds-muets, par le docteur Deleau jeune.

Si le hasard n'a pas peu contribué à agrandir le domaine de la thérapeutique, et si la plupart des découvertes qui se rattachent à cette partie de l'art de guérir doivent être attribuées à l'heureux concours de circonstances toutes fortuites, il en est toutefois quelques-unes que l'homme peut revendiquer, qu'il doit à son travail et à ses méditations. Il est, en effet, des esprits féconds et ingénieux qui, frappés d'un fait d'observation, s'en emparent avec ardeur, le pressent, pour ainsi dire, dans tous les sens, l'envisagent sous toutes ses faces, et en font l'objet des plus belles applications. Ces réflexions ressortent naturellement de la lecture de l'ouvrage du docteur Deleau. En se livrant à des recherches expérimentales sur l'organe de l'ouïe, ce praticien distingué constate la présence de l'air dans l'oreille moyenne. Ce fait, tout simple qu'il est, fixe son attention, il le médite, il l'analyse, et bientôt il arrive aux résultats pratiques consignés dans le livre dont nous allons donner l'analyse.

Dans la première partie de son ouvrage, le docteur Deleau s'occupe des maladies de l'oreille moyenne. Après avoir signalé les fâcheux effets de l'air humide et de l'air mêlé au pus et aux mucosités, l'auteur démontre que l'air atmosphérique est une partie constituante de l'organe de l'ouïe ; que sa raréfaction et son accumulation dans la caisse tympanique s'opposent à l'exercice des fonctions de cet organe, en comprimant et paralysant les mouvements, soit de la membrane du tympan, soit des muscles qui tendent à resserrer la chaîne des osselets ; qu'enfin tout obstacle à la libre circulation de ce fluide dans l'intérieur de l'oreille devient cause de surdité. Il indique comme produisant ces effets, les phlegmasies chroniques, soit simples, soit spécifiques de la cavité pharyngienne, la tuméfaction et l'induration des amygdales, les engorgements scrofuleux de ces mêmes organes, les obstructions, les engoue-

ments, les rétrécissements inflammatoires aigus ou chroniques de la trompe d'Eustachi, les phlegmasies de la caisse, les maladies de la membrane tympanique, sa perforation, etc.

Frappé des nombreuses erreurs commises par ses devanciers (à l'énumération desquelles il consacre un chapitre, sinon très-charitable, du moins utile pour la science) dans le diagnostic et le traitement de ces maladies; convaincu d'ailleurs de l'insuffisance des moyens qu'ils employaient pour y parvenir, et qui consistaient, soit à engager les malades à condenser l'air dans la bouche, en la tenant fermée ainsi que le nez, et par les renseigements qu'ils en obtenaient, à tâcher de déterminer si l'air pénétrait ou non dans la trompe; soit à tenter le cathétérisme à l'aide de sondes métalliques, qui, le plus souvent, ne pouvaient pénétrer jusque dans la caisse du tambour, à raison de l'étroitesse de la trompe, vers la partie moyenne; ou bien enfin au cathétérisme à l'aide de sondes creuses et des injections d'eau, le docteur Deleau propose de substituer à tous ces moyens, auxquels il reconnaît d'ailleurs plusieurs inconvénients, le cathétérisme à l'aide de sondes de gomme élastique, qui s'adaptent mieux, à raison de leur souplesse, à la forme de la trompe, et dont le contact est moins douloureux pour les malades. Il remplace aussi les injections d'eau par les injections d'air, qui, faites avec soin, ne produisent aucun effet fâcheux, et qui, par la nature des divers bruits qu'elles produisent, et que l'on perçoit très-bien en appliquant l'oreille sur celle des malades, mettent le praticien sur la voie du diagnostic des affections de l'organe de l'ouïe. Car, d'après M. Deleau, ces bruits doivent varier suivant les lésions dont est atteinte l'oreille moyenne.

Ainsi, le bruit de pluie indique que l'oreille moyenne est saine; le bruit muqueux, qu'elle est le siége d'un engouement; le bruit de pavillon annonce un rétrécissement de la trompe, etc. M. Deleau tient compte aussi des changements que produisent les injections d'air sur la faculté d'entendre, et sur la sensibilité générale des individus. L'on prévoit d'avance combien ce moyen exploratif peut être utile pour établir le pronostic des maladies de l'oreille moyenne. Mais M. Deleau ne s'est pas borné là; il l'a fait servir aussi à leur traitement. C'est ce qu'il prouve en citant un grand nombre d'observations dans lesquelles l'ouïe s'est développée, soit par l'action

exclusive du cathétérisme de la trompe d'Eustachi, soit au moyen des sondes flexibles et des douches d'air, dans des cas de rétrécissement de l'orifice interne de la trompe simple, ou compliqué d'engouement des caisses du tambour et des autres parties qui composent l'oreille moyenne. M. Deleau, tout en donnant la préférence au cathétérisme et aux injections d'air dans un grand nombre de cas de dysécée ou de cophose, ne méconnaît pas l'efficacité des divers autres moyens thérapeutiques employés avant lui. Il y a lui-même habituellement recours. C'est ce qu'il est facile de voir en lisant les pages qu'il a consacrées à l'exposé des traitements, soit locaux, soit généraux, qui doivent précéder, accompagner ou suivre le traitement par les injections d'air. Tels sont les principaux points que M. Deleau a développés dans la première partie de son travail.

Dans la seconde, l'auteur s'occupe du développement de l'ouïe chez les sourds-muets. Après avoir fait sentir l'urgence de constater chez les jeunes enfants l'existence de l'infirmité qui doit les conduire au mutisme, M. Deleau signale les difficultés que l'on éprouve dans un pareil examen, et proclame de nouveau l'application de la méthode à ce nouvel ordre de fait. Il cite plusieurs observations de sourds-muets de naissance, chez lesquels, à l'aide du cathétérisme, il a pu constater l'existence des diverses causes matérielles qui produisaient la surdité. L'auteur trace ensuite quelques règles à suivre dans le choix des sujets qui doivent être mis en traitement. Nous ne le suivrons pas dans les détails où il entre au sujet des jeunes sourds-muets qui lui avaient été confiés par l'institut, et dont il a fait l'éducation, après avoir rétabli le sens de l'ouïe chez quelques-uns, et diminué la surdité chez les autres; mais nous mentionnerons les inconvénients que l'auteur reconnaît lui-même au cathétérisme et aux douches d'air de l'oreille moyenne, lorsqu'ils sont faits sans ménagement. L'inflammation de l'arrière-bouche et le catarrhe de la caisse, l'emphysème et la rupture de la membrane du tympan, sont autant d'accidents que M. Deleau regarde comme susceptibles de se développer après l'emploi de son procédé, et contre lesquels il met en garde ses lecteurs.

Les affections de l'oreille moyenne déterminent souvent sur le reste de l'économie des effets pathologiques très-remarquables, et dont les praticiens méconnaissent souvent le point de départ.

Ainsi, dans certains cas, la paralysie et les convulsions des muscles de la face, le trouble et la perte de la vision, des étourdissements passagers, des engourdissements fréquents et intenses, simulant les prodrômes de l'apoplexie, les fièvres dites cérébrales sont dus à une inflammation aiguë de la caisse, à la perforation de la membrane tympanique, etc. L'auteur appelle l'attention des médecins sur ce point, qu'il signale comme une source fréquente d'erreurs dans le diagnostic des affections de l'organe de l'audition, et termine son ouvrage en démontrant la nécessité de créer en France un établissement destiné au traitement auriculaire et oral des sourds-muets qui en sont susceptibles.

Comme on le voit, d'après l'analyse que nous venons de donner de l'ouvrage du docteur Deleau, ce médecin, convaincu que la vue n'était que d'une faible ressource dans l'étude des affections de l'oreille, a cherché dans l'ouïe le secret de ses propres maladies. Son sthétoscope à lui a été la sonde de gomme élastique; et, à l'aide des injections d'air, il a produit, pour ainsi dire, une respiration artificielle qui lui a donné les bruits de souffle, de sifflement, et c'est là l'idée-mère de tout l'ouvrage que l'auteur a su si bien féconder, et autour de laquelle viennent se grouper tous les faits pratiques consignés dans son livre. Nous lui reprochons de les avoir peut-être trop accumulés. Nous aurions aimé aussi de voir moins de lignes consacrées au panégyrique de sa méthode favorite. En cela peut-être le docteur Deleau n'a pas tout-à-fait échappé aux reproches tant de fois adressés aux hommes à spécialité, et surtout aux médecins oculistes et auriculistes. Mais quel est le père qui ne flatte trop ses enfants? Le livre, du reste, de M. Deleau est essentiellement pratique. On reconnaît à chaque page la sagacité du praticien qui a imaginé des procédés si ingénieux pour le traitement d'une des infirmités les plus déplorables pour l'humanité. On se demande après cela comment il se fait qu'un praticien, à qui la science doit tant sous ce rapport, ait été arbitrairement éloigné d'un poste qui lui était dû à tant de titres, et où il aurait pu poursuivre avec tant d'avantage pour la science et pour l'humanité ses belles recherches sur une spécialité à laquelle il a attaché son nom.

A. H. Séguin, D.-M.

Collection de mémoires pour servir à l'histoire du règne végétal, et plus spécialement pour servir de complément à quelques parties du *Prodromus regni vegetabilis*(1); par M. A.-P. DE CANDOLLE. — 1 vol. in-4° avec 99 pl. gravées en taille-douce; prix : 88 fr. A Paris, chez Treuttel et Wurtz, rue de Lille, 17.

Les mémoires composant cette collection et dont les deux derniers viennent de paraître, sont au nombre de dix, savoir : sur les *mélastomacées*, *crassulacées*, *onagraires et paronychiées*, *ombellifères*, *loranthacées*, *valérianées*, *cactées*, *composées et statistique des composées*. Chaque mémoire se vend séparément.

L'auteur n'ayant pu dans son *Prodromus* donner sur certains points de la science les développements qui lui paraissent nécessaires pour fixer l'attention des botanistes, a cru devoir publier séparément une série de mémoires, dont nous annonçons aujourd'hui ceux de la famille des composées (les 9° et 10° mémoires), qui présentent les résultats généraux sur la classification méthodique et la distribution géographique des composées, résultats que la forme abrégée du *Prodromus* ne lui permettait pas d'y insérer.

La collection de ces mémoires renferme ainsi sur diverses familles, d'un côté les planches et descriptions spéciales de plusieurs espèces peu ou point connues, de l'autre les considérations générales et philosophiques relatives à ces familles, et sous ce double rapport, elle sert de complément et de développement au *Prodromus*.

Nous nous bornerons aujourd'hui à cette simple annonce, et nous nous réservons de faire, dans un prochain cahier, plus spécialement connaître le travail de M. de Candolle sur la famille des composées, travail immense qui servira puissamment la science botanique et donnera à son auteur de nouveaux droits à la reconnaissance de tous ceux qui la cultivent.

---

(1) *Prodromus systematis naturalis regni vegetabilis*, sive enumeratio contracta ordinum, generum, specierumque plantarum, hùc usque cognitarum, juxtà methodi naturalis normas digesta ; auctore A Pyr. DE CANDOLLE. T. I-VII. Parisiis, apud Treuttel et Wurtz, 1824-1838.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

(*Novembre 1838.*)

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR L'ADYNAMIE,

PAR M. CHAUVIN,

D.-M.-P. à Sion (Seine-Inférieure).

(Suite) (1).

Règles générales pour le traitement.

Il est peu d'états pathologiques dans lesquels les théories et les systèmes aient plus d'influence sur le traitement que dans l'adynamie. Celui qui n'y voit que l'affaissement des forces, que la diminution de l'activité organique, prescrit toujours les toniques et les stimulants, sans penser presque à l'état de congestion cérébrale qui existe peut-être, et à l'état inflammatoire des viscères abdomi-

(1) Voir le premier article dans la *Revue médicale* du mois d'avril dernier, t. II de 1838, p. 5.

naux, qui peut rendre cette médication insupportable. Celui, au contraire, qui ne s'attache qu'à une altération organique locale imperceptible, douteuse même et conjecturale, fait peser sur cette cause hypothétique toute la responsabilité des désordres les plus graves, de la gangrène, de la mort. Il la soumet impitoyablement à la torture antiphlogistique. Grand est le triomphe, même lorsque le sujet étant sur la table des autopsies, on ne trouve plus aucune trace de cette redoutable inflammation qu'on a jugulée fort heureusement. Un troisième ne regardera pas cette petite inflammation comme cause de tant et de si grands maux; il la méprisera, il l'oubliera, il lui passera brutalement sur le corps pour faire évacuer, je ne sais quoi d'irritant, de corrosif, qu'il suppose être la seule cause des symptômes fâcheux. D'autres, enfin, moins aventureux, font la médecine expectante, *convaincus* de leur ignorance et des ressources merveilleuses de la nature.

Ce dernier parti peut quelquefois être sage et raisonnable : c'est lorsqu'on ignore absolument la cause du mal, quand aucun des symptômes n'est prédominant au point de constituer par lui-même un danger, et que du reste la marche de la maladie ne paraît pas devoir arriver à une terminaison fâcheuse. Des cas de ce genre ne sont pas très-rares dans la pratique. Cependant il ne faut pas généraliser cette méthode. Les succès évidents et palpables obtenus bien des fois par une médication énergique, téméraire même, un changement prompt et frappant dans la marche des symptômes, ont raffermi souvent la foi ébranlée de beaucoup de praticiens.

Lequel donc des traitements ci-dessus mentionnés est

préférable, quand on reconnait la nécessité d'agir? Tous ont quelque chose de vrai; tous pèchent par l'exagération, surtout par la généralisation. On peut purger incontestablement dans l'adynamie, si l'évacuation intestinale, l'une des principales voies de dépuration organique, est languissante et altérée dans ses produits. L'atonie intestinale, qui est plus commune qu'on ne le pense, peut aggraver une maladie par l'effet de la stase, de l'absorption et du défaut d'exhalation des diverses matières excrémentitielles que les purgatifs font expulser. Comme cet état des voies digestives est plus souvent le résultat ou l'accompagnement de l'adynamie qu'il n'en est la cause, la purgation soulage et facilite la guérison; mais elle ne l'opère pas directement. Si, au contraire, il en constituait le fond et le principal élément, la guérison serait prompte et assurée : ce qui est bien rare, puisque les partisans de la purgation systématique dans la fièvre typhoïde, guérissent leurs malades à peu près dans les mêmes proportions que ceux qui suivent d'autres systèmes; c'est-à-dire que leurs résultats sont très-variables, ce qui n'arriverait pas si leur théorie était vraie; car alors leur médication réussirait comme le quinquina dans la fièvre et comme la purgation réussit elle-même quand elle est essentiellement et uniquement indiquée.

Il est inutile de dire que pour employer ce moyen, il ne faut pas qu'il y ait inflammation de la partie du tube digestif, sur lequel s'exerce principalement l'action du purgatif. Il existe, toutefois, une singulière exception à cette règle dans l'état adynamique, c'est-à-dire qu'il peut être utile de réveiller par un purgatif une inflammation assoupie et anéantie par l'adynamie elle-même, lorsque

la délitescence de l'inflammation coïncide avec l'affaissement de la vie. Ainsi, un enfant était affecté d'une dysenterie très-grave, dans la commune de Saint-Aubin ; la douleur, les évacuations dysentériques diminuent peu à peu, puis cessent complètement ; mais en même temps la vie s'éteint, l'enfant est regardé comme mort. M. le docteur Verger passe ; il s'avise, en désespoir de cause, d'injecter dans le gros intestin, par un lavement, une forte dose de jalap. Alors la dysenterie renait, l'enfant dont on n'attendait que le dernier soupir, se ranime promptement et revient ensuite par degrés à la santé. Il est quelquefois plus à propos de ranimer la maladie que de la *juguler*. J'entends ici par maladie le résultat et non la cause de la fonction pathologique.

En résumé, la purgation ne peut pas être proscrite du traitement de l'adynamie en général, ni même de *celui* de la fièvre typhoïde; mais elle ne doit pas être adoptée comme règle, parce qu'elle ne s'attaque presque jamais à la véritable cause, au vrai principe de la maladie, et que du reste elle peut avoir des contre-indications.

La méthode antiphlogistique se présente à peu près dans les mêmes conditions ; elle ne peut jamais être employée contre l'adynamie directement ; mais elle peut être utile dans beaucoup de maladies où l'adynamie est consécutive. Les émissions sanguines sont un auxiliaire puissant dans la péritonite puerpérale qui devient si souvent adynamique. Une fièvre typhoïde peut être préservée de l'adynamie par les mêmes moyens, lorsqu'elle se présente avec un embarras de la circulation, une congestion vers le cerveau et une certaine exaltation fébrile. Dans

ces circonstances, la perte d'une assez grande quantité de sang est moins débilitante que ne le seraient par eux-mêmes les fâcheux symptômes auxquels elle remédie. Ce n'est que de cette manière indirecte et pendant l'existence de ces symptômes que la médication débilitante doit être mise en usage dans les fièvres graves. Son utilité même prouve que l'abus en est funeste. En effet, partons de cette hypothèse, que la saignée est très-utile dans la fièvre typhoïde, par exemple : Alors M. Bouillaud, avec ses saignées *coup sur coup*, devrait guérir infiniment plus de malades que les autres : cependant, si l'on en croit la statistique, cette méthode guérit presque dans la même proportion que les autres; il faut donc qu'il compense par un autre inconvénient l'avantage qu'il retire souvent de la saignée. Or, où trouver cet inconvénient, si ce n'est dans l'abus? Un moyen aussi puissant ne peut pas être sans effet.

Un autre mode de traitement plus ancien et plus naturel en apparence, c'est celui qui choisit les médicaments parmi les stimulants et les toniques. L'inertie des organes exhalants et sécréteurs, quand elle accompagne l'adynamie musculaire, l'engorgement des glandes, l'extravasation sanguine, et surtout cette terrible tendance à la putridité, réclame impérieusement la médication dont nous parlons. La seule prostration musculaire ne suffit pas pour en indiquer l'emploi : une véritable atonie intestinale sans turgescence inflammatoire et ordinairement sans constipation, doit être constatée. Dans ces cas, l'état fébrile général a devancé de long-temps les symptômes intestinaux; les évacuations alvines sont plutôt muqueuses, bilieuses, diffluentes, que

séreuses, sanguinolentes, et comme gélatineuses ou fibrineuses; car ces dernières annoncent un état de surexcitation inflammatoire. La rougeur avec sécheresse de la langue ne doit pas seule servir de guide; car nous avons vu plusieurs fois des malades qui ne trouvaient rien de rafraîchissant pour leur langue desséchée, comme une décoction de quinquina. Alors nous avons toujours vu cet état être consécutif à cinq ou six jours d'une fièvre qui ne paraissait provenir que d'une affection des centres nerveux. Il serait inutile d'énumérer la série des médicaments bien connus qui remplissent l'indication de tonifier et stimuler, et parmi lesquels le quinquina tient toujours le premier rang.

Les antispasmodiques trouvent aussi leur place transitoirement pour certains symptômes ataxiques qui compliquent quelquefois l'adynamie. Mais une autre donnée bien plus positive, bien plus précieuse, c'est la connaissance de la cause, soit morale, soit physique, qui agit immédiatement sur les forces du malade. Ainsi, il faut envoyer dans son pays celui que la nostalgie opprime; donner la chose désirée, si c'est possible, à celui qu'un chagrin cuisant consume; donner de l'opium ou un autre calmant à celui que des douleurs violentes accablent; alimenter convenablement celui auquel le manque de matériaux réparateurs a ôté le reste de ses forces (la diète excessive et intempestive, surtout quand elle contrarie les malades, peut devenir une des principales causes de l'adynamie); mettre fin à une hémorrhagie, arrêter une évacuation perpétuelle et exagérée. Enfin, dans tous les cas où l'on découvre la cause du mal et où l'on peut diriger ses moyens sur cette cause, il faut oublier tous les

principes, tous les systèmes et les méthodes pour s'adresser directement à elle : le succès est prompt. La promptitude de la réussite dans ces circonstances nous fait voir évidemment que tous les autres genres de traitement ne sont que symptomatiques, et qu'aucun n'a droit d'être généralisé en système.

Pour nous résumer, nous croyons qu'on peut ramener à cinq le nombre des règles générales qui peuvent être indiquées pour le traitement de l'adynamie.

Première règle. S'attaquer directement à la cause spéciale, quand celle-ci est connue et attaquable.

Deuxième règle. Donner des toniques et des stimulants, lorsqu'il y a atonie intestinale et que l'état inflammatoire des organes sur lesquels ces médicaments doivent agir, paraît nul, ou du moins qu'il ne paraît pas constituer un des principaux éléments de la maladie.

Troisième règle. Saigner et donner des adoucissants, lorsque la congestion inflammatoire d'un organe intérieur est ou paraît devoir être cause de la prostration des forces.

Quatrième règle. Purger, s'il y a reflux ou stase évidente de la bile et des mucosités intestinales, produite par leur excès même ou par l'inertie des organes, avec ou sans surcroît de fluxion anormale vers un point éloigné.

Cinquième règle. Faire la médication expectante quand, aucune des circonstances précédentes n'existant, on voit par la marche de la maladie que la nature doit sortir victorieuse de la lutte avec ses moyens ordinaires.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

DE L'ÉTAT DES TROUS RACHIDIENS, DANS LES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE,

Note adressée à la Société de Médecine de Paris, le 20 juillet 1838,

PAR M. BOUVIER,

Agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice de Larochefoucault.

(Imprimée par décision de la Société de Médecine.)

Messieurs,

Dans une note communiquée à la société de médecine, et insérée dans la *Revue médicale* du mois de juin dernier (tome 2 de 1838, page 378), M. le docteur Chailly annonça avoir trouvé plusieurs trous inter-vertébraux complètement effacés sur trois squelettes difformes de la collection de l'hospice de la Maternité. Ayant, de mon côté, constaté par d'assez nombreuses dissections que les nerfs rachidiens sont généralement conservés dans les courbures de l'épine, j'ai dû être désireux de vérifier l'observation de notre honorable confrère. Le résultat de mon examen se trouvant différer notablement de celui qu'il vous a fait connaître, je crois devoir vous adresser les notes que j'ai prises à ce sujet, persuadé que si effectivement il

y a eu erreur de sa part, M. le docteur Chailly ne m'en voudra pas de chercher à rectifier un fait que la précipitation et la réserve imposées dans un établissement public ont pu lui présenter sous des apparences trompeuses.

Les trois squelettes signalés par M. Chailly portent les nos d'ordre 1, 22 et 20. Ils appartiennent tous trois à des femmes adultes, d'un âge peu avancé. La colonne vertébrale décrit sur tous des courbures du plus haut degré.

Squelette n° 1. M. Chailly indique que le troisième trou de conjugaison du côté concave a cessé d'être apparent. J'ai trouvé tous les trous inter-vertébraux entre les extrémités des côtes, qui sont restées attachées au rachis; seulement vers le milieu de la courbure, deux côtes de la concavité, soudées par leurs bords voisins jusqu'auprès de leurs articulations vertébrales, cachent le trou correspondant, ouvert en avant par un orifice qui n'a guère moins d'une ligne de diamètre. Un stylet introduit dans cet orifice pénètre librement jusqu'au canal vertébral.

N° 22. Il est dit dans la note de M. Chailly que le quatrième trou du côté concave a disparu. L'introduction du stylet m'a fait voir ce trou rachidien, comme les autres; seulement la plupart, et celui-là en particulier, sont obturés par des fibres cellulaires desséchées qu'on a négligé d'enlever dans la préparation, et qu'il faut traverser, ou détacher des os pour mettre les trous en évidence.

N° 20. Cinq trous rachidiens sont marqués absents dans la note. M. Chailly ajoute que s'ils existaient, cinq côtes appliquées sur le corps des vertèbres les empêcheraient de communiquer au dehors. Je n'ai vu qu'un resserrement plus ou moins marqué de ces trous, sans qu'aucun eût

cessé d'exister. Deux côtes seulement, la huitième et la neuvième, sont très-rapprochées du corps des vertèbres; mais il reste au-dessous d'elles un espace suffisant pour le passage des nerfs.

Ainsi le seul fait sur lequel mes observations s'accordent avec celles de M. le docteur Chailly, est le rétrécissement des trous inter-vertébraux du côté concave des courbures. Mais il ne faut pas en conclure avec Levacher de la Feutrie, à qui cette circonstance n'a pas échappé, que les nerfs sont inévitablement comprimés à leur passage à travers ces trous, parce qu'ils ne les remplissent pas à beaucoup près dans l'état normal, et que conséquemment ils sont exempts de compression, tant que le diamètre diminué de l'ouverture n'est pas inférieur au leur propre.

J'ai recherché de nouveau, sur les squelettes les plus difformes de ma collection, si le rapprochement des vertèbres et des côtes du côté concave avait fait disparaître dans quelques points les ouvertures destinées au passage des nerfs. Aucun ne m'a offert cette particularité. C'est même quelque chose de vraiment admirable que la conservation de ces ouvertures au milieu de l'espèce de chaos produit par la fusion et le tassement de certaines pièces du rachis et du thorax dans un espace cinq ou six fois moindre que celui qui leur était dévolu. Je ne nie point qu'on ne puisse rencontrer l'obstruction réelle et complète des trous inter-vertébraux; ce serait imposer à la nature des bornes qui n'appartiennent qu'à l'observation. Mais on conviendra du moins qu'il y a tout lieu de croire que ce doit être un phénomène beaucoup plus rare que l'auteur de la note ne l'avait pensé.

NOTE

Lue à la Société de Médecine de Paris par M. le Dr Chailly ;

SUR L'ÉTAT DES TROUS RACHIDIENS DANS LES DÉVIATIONS LATÉRALES DE LA COLONNE VERTÉBRALE.

En réponse à la Note de M. le docteur Bouvier, sur le même sujet.

(Imprimée par décision de la Société.)

Messieurs,

La note de M. le docteur Bouvier a dû vous paraître comme à moi, à travers les formes polies sous lesquelles elle se présente, contenir, contre mes assertions, des réclamations de la plus haute gravité. Elle semble, en effet, démontrer que j'ai observé avec précipitation ; qu'en conséquence il y a eu erreur de ma part ; que les faits se sont présentés à moi sous une apparence trompeuse, et diffèrent notablement des mêmes faits observés par lui. Tout cela n'est qu'apparent et se trouve au fond sans réalité, au moins à très-peu de choses près. Vous verrez, Messieurs, qu'en restituant aux passages tirés de ma note, et cités par M. Bouvier, les termes dont je me suis effectivement servi, et en réunissant les concessions que notre honorable confrère a bien voulu me faire, ses réclamations se trouveront sans fondement.

Voici quelles sont les expressions dont je me suis servi en parlant de l'état dans lequel j'ai trouvé les trous rachidiens sur les squelettes de la collection du cabinet d'anatomie de l'hospice de la Maternité : J'ai dit, dans le

premier paragraphe de ma note, et comme citation tirée d'une autre note, que le dépérissement et la faiblesse du corps et des membres du côté concave des courbures de l'épine dorsale devait tenir au *changement de forme et de dimension* du canal rachidien et des trous latéraux ; puis, dans le troisième paragraphe et dans le quatrième, j'ai dit partout que tels ou tels trous étaient *obstrués*. Il est vrai qu'au bas du tableau qui se trouve page 380 on lit : Les trous des côtés concaves des courbures, dont le diamètre est exprimé par zéro, *ont cessé d'être apparents*; et, comme cette expression ne convient pas rigoureusement à tous les trous, son exactitude peut être contestée.

Voici maintenant ce que M. Bouvier me fait dire : M. le docteur Chailly annonce avoir trouvé plusieurs trous vertébraux *complètement effacés*. M. Chailly indique que le troisième trou du côté concave *a cessé d'être apparent*; que le quatrième trou a disparu ; que d'autres *ont cessé d'exister*.

Ces substitutions donnent à tout ce que j'ai dit un air d'exagération qui n'existe réellement ni dans ma note manuscrite, ni dans ma note imprimée. Je n'ai dit nulle part, comme me le fait dire M. le docteur Bouvier, que les trous dont il est question fussent complètement effacés; qu'ils eussent disparu ou qu'ils eussent cessé d'exister, mais bien qu'ils pouvaient avoir changé de forme et de dimension, qu'ils étaient obstrués ou qu'ils avaient cessé d'être apparents. Et encore, j'aurais pu dire qu'ils avaient cessé d'exister; car ces expressions sont exactes, prises dans un certain sens. M. Bouvier convient qu'*il a vu un resserrement plus ou moins marqué de ces trous*; que la plupart *sont obstrués par des fibres cellulaires desséchés qu'il faut*

traverser ou détacher pour mettre ces trous en évidence. Des ouvertures ainsi réduites et ayant perdu leur forme et même leur apparence, peuvent aussi changer de nom; et en ce sens, il serait vrai de dire qu'elles n'existent plus. De plus, sur le squelette n° 20, soit qu'on observe en arrière, en avant, ou sur les côtes, plusieurs trous de conjugaison se trouvent invisibles; et si on ne peut les voir, est-ce exagérer que de dire qu'ils ont cessé d'être apparents?

On doit voir, après ces explications, que nous ne sommes pas très-éloignés, M. Bouvier et moi, d'être d'accord sur les faits matériels; mais il n'en est pas de même quant aux conséquences de ces mêmes faits. M. Bouvier dit, dans l'avant-dernier paragraphe de sa note: « *Ainsi, le seul fait sur lequel mes observations s'accordent avec celles de M. le docteur Chailly, est le rétrécissement des trous inter-vertébraux du côté concave des courbures. Mais, il ne faudrait pas en conclure, avec Levacher de la Feutrie, à qui cette circonstance n'a pas échappé, que les nerfs sont inévitablement comprimés dans leur passage à travers ces trous.....* »

Levacher de la Feutrie n'est pas le premier qui ait attribué une partie des désordres qui ont lieu, comme il le dit, chez les rikets, à l'altération des nerfs; il cite, page 41, de son *Traité du rakitis*, édition de 1772, comme en ayant parlé avant lui, Glisson, Mayow, Hoffmann, Dolœus et Heister; et voici dans quels termes il rapporte l'opinion de ces auteurs : « Les nerfs sont profondément altérés dans le rakitis. » Plus loin, et c'est lui qui parle, il dit, en rapportant les phénomènes dus au rachitisme : « qu'au nombre des effets que le rakitis pro-

vitablement serrés, pressés, écrasés ou détruits? Et la branche antérieure, n'est-elle pas dirigée en dehors avec les muscles inter-costaux entre lesquels elle rampe; sa direction ne croise-t-elle pas alors, accidentellement, celle du bord des côtes, et n'est-elle pas aussi serrée, écrasée ou détruite? Il me semble impossible de penser qu'il en puisse être autrement. M. le docteur Bouvier ne semble-t-il pas en convenir lorsqu'il dit : « qu'il a constaté par d'assez nombreuses dissections que les nerfs rachidiens étaient généralement conservés. Il y avait donc des exceptions? » Ce serait en effet une chose merveilleuse, comme il le dit ensuite, que la conservation de ces nerfs qui se trouvent, selon ses propres expressions, « au milieu d'un chaos produit par la fusion et le tassement de certaines pièces du rachis et du thorax, dans un espace cinq à six fois moindre que celui qui leur était dévolu. » Cependant, *il y aurait* un sujet d'étonnement plus grand encore : ce serait le défaut de rapport entre quelques phénomènes qui s'observent chez les sujets affectés de courbures du rachis et les désordres qui viennent d'être signalés.

Les affections organiques, s'il en existe, ne sont pas toujours telles qu'elles puissent rendre raison de ces phénomènes. La dypsnée peut aller jusqu'à l'asphyxie, comme cela a été observé sur la jeune femme dont le squelette est conservé dans la collection de l'hospice de la Maternité sous le n° 20, sans maladie organique des poumons ou de la plèvre. L'anorexie, la dispepsie et les vomissements peuvent avoir lieu sans affection organique des viscères du bas-ventre et en particulier de l'estomac, et conduire le sujet au dernier degré du marasme. Des douleurs se font ressentir quelquefois du côté concave des courbures

dans le trajet des nerfs de la douzième paire, quoiqu'il n'y ait ni gonflement, ni inflammation, ni tumeur dans les parties molles où ils vont se distribuer, ni maladie des os à leur origine. Il était donc très-rationnel de conclure de ces phénomènes à l'existence d'une pression exercée sur les nerfs, soit à leur passage à travers les trous de conjugaison, soit entre les côtes ; c'est ce que j'ai fait, et depuis, mon opinion, déjà bien arrêtée, s'est trouvée confirmée par d'autres phénomènes observés pendant le traitement par l'appareil à pression latérale actuellement soumis à l'examen d'une commission de votre société.

Voici ce que j'ai observé : D'abord, aussitôt que l'appareil est en place, la taille du sujet se trouve élevée de cinq à six lignes. Ensuite, s'il existe chez lui des douleurs du côté concave, elles cessent dès le premier jour. S'il éprouvait des vomissements, ils n'ont plus lieu. Chez les sujets dispepsiques et dont l'estomac ne pouvait digérer le plus léger aliment, quinze jours suffisent pour qu'il puisse au bout de ce temps digérer facilement des aliments solides. Après un mois, la taille des mêmes sujets se trouve élevée de douze à treize lignes, et, à cette époque, on aperçoit très-distinctement que les forces et l'embonpoint commencent à revenir. Ce n'est pas tout. Si, par une nécessité quelconque, on est forcé de suspendre le traitement, à l'instant les douleurs ou la nausée recommencent. Or, l'élévation de la taille indique un degré de redressement des courbures ; et la diminution des courbures suppose un certain écartement des vertèbres et des côtes, et conséquemment une diminution dans la pression des nerfs et des vaisseaux ; de là, la cessation des accidents et leur retour dès que la pression recommence.

Ainsi, la pression des nerfs n'est pas moins certaine que le rétrécissement des trous de conjugaison, et que le rapprochement des côtes n'est évident. Mais, comme le fait matériel est celui qu'il m'importe le plus d'établir, j'ai dû me livrer à un nouvel examen dont il me reste à exposer les résultats.

A l'hospice de la Maternité, j'ai retrouvé les choses telles que je les avait vues la première fois, excepté cependant sur le squelette n° 1, où le trou que j'avais désigné comme obstrué se trouve avoir maintenant environ une ligne d'ouverture. Les parties molles desséchées qui l'obstruaient en ont été détachées, sans doute avec toutes les précautions nécessaires pour ne point agrandir les bords de ce trou.

J'ai examiné ensuite quelques squelettes de sujets rachitiques du musée Dupuytren, et j'ai vu sur l'un des deux squelettes marqué F les trous de conjugaison du côté de la courbure considérablement rétrécis ; sur le squelette n° 15, les septième, huitième et neuvième côtes du côté concave très-rapprochées, au point de masquer les trous correspondants ; sur le squelette n° 14, le septième trou de conjugaison presque complètement fermé par le rapprochement de ses bords ; et j'ai vu enfin que sur le second squelette marqué F, du côté de la courbure, il n'y avait point d'espace entre les côtes de la quatrième à la dixième, et qu'il était impossible d'apercevoir les trous de conjugaison situés sous ces côtes. Je dirai, en passant, que dans cette dernière visite, j'étais accompagné d'un confrère et d'une autre personne étrangère à la médecine, et que je n'ai pris aucune note sans m'être bien assuré que

la manière de voir de ces deux personnes était exactement semblable à la mienne.

Il ne reste donc maintenant, de la réclamation si grave en apparence, autre chose qu'une méprise sur le sens des termes dont je me suis servi. M. Bouvier a pris dans un sens général et absolu ce qui n'avait qu'une signification particulière et relative. Par exemple, j'aurais pu dire que sur le squelette n° 14, les trous de conjugaison ont disparu; car il vrai qu'ils ont perdu beaucoup de leur forme et de leur dimension. Et M. le docteur Bouvier pourrait affirmer qu'ils existent; car le trou même le plus étroit admet encore l'extrémité de la pointe d'un cure-dent. Je puis lui citer un exemple remarquable d'une contradiction apparente qui tient à la même cause. M. Marjolin dit dans son article sur l'Orthopédie, du Dictionnaire de médecine en 18 volumes, que les muscles intercostaux gênés dans leur action, surtout du côté ou les côtes sont rapprochées, sont amincis, décolorés, plissés en quelque sorte longitudinalement sur eux-mêmes; et que, *du côté opposé ils sont également* très-minces, larges et aplatis. Et MM. Fournier-Pescay et Bégin, dans leur article Orthopédie, du grand Dictionnaire de médecine, disent: *Que les muscles* du côté convexe sont rouges; très-irritables et très-développés. N'est-il pas évident que ces deux différentes assertions tiennent à ce que M. Marjolin n'a parlé que des muscles intercostaux, tels qu'ils se trouvent chez le plus grand nombre des sujets, tandis que MM. Fournier-Pescay et Bégin ont parlé de ce qui s'observe sur un petit nombre de sujets, dans les muscles du côté convexe et comparativement avec les muscles du côté opposé.

En résumé, mes assertions, en passant dans la note de

M. le docteur Bouvier, avaient, par quelques changements de mots, pris un caractère d'exagération qu'elles n'avaient pas dans la mienne. Ce point est maintenant hors de doute. Les faits rapportés dans ma note ne s'accordaient pas tout-à-fait avec les mêmes faits observés par M. le docteur Bouvier. J'ai dit, et je l'affirme, qu'ils étaient et qu'ils sont encore tels que j'ai dit les avoir vus ; et que, de plus, j'en avais observé de semblables depuis. Enfin, M. Bouvier et moi, nous ne sommes pas d'accord sur les conséquences de ces faits. Pour le moment, mes efforts pour obtenir un rapprochement sur ce point ne peuvent aller plus loin : je serais heureux de le convaincre ; mais si je n'ai pu y parvenir, ma conviction, à moi, est si profonde qu'il m'est impossible de faire la moindre concession.

MÉMOIRE

SUR CETTE QUESTION :

« Existe-t-il des altérations primitives des fluides circula-
« toires? »

PAR M. SCELLE-MONDEZERT,

Doct.-Médec. à Carentan (Orne).

Cette question fut proposée comme sujet de prix par l'Académie des sciences en 1833, et a été reproduite en 1834 ; en raison de son importance, elle m'est souvent revenue à la pensée. La solution en a-t-elle été donnée ? Je l'ignore. En traitant aujourd'hui cette question, je n'ai point la prétention de vouloir entrer en parallèle avec les

savants qui en ont fait l'objet de leurs méditations; mon seul but est de leur soumettre quelques idées et de chercher à m'éclairer en leur demandant des conseils.

Avant d'aborder ce sujet difficile, commençons par jeter un coup-d'œil rapide sur l'enchaînement des principaux actes de la vie : l'homme est composé d'organes remplissant des fonctions qui ont pour but l'accroissement et l'entretien de son être; et cela, à l'aide de fluides préparés avec des substances prises au dehors, qu'on désigne par le nom *d'aliments.* Avant d'avoir acquis des propriétés assimilables à nos tissus, ces aliments doivent subir d'importantes modifications sous l'influence d'opérations organiques. Les principales sont au nombre de trois : la première est toute mécanique; elle consiste dans une action de broiement (mastication); la seconde a lieu dans l'appareil digestif; elle est organique et chimique (digestion); la troisième est soumise aux organes pulmonaires (respiration), et peut être également considérée comme organique et chimique, puisque l'air s'y trouve comme principal agent. Ce premier travail organique résulte donc du concours de fonctions que nous appellerons *élaboratrices*, puisqu'elles sont destinées à préparer et à donner un produit vital (le sang). Ce produit est ensuite soumis à d'autres fonctions confiées à un appareil organique, dont le mécanisme n'est pas moins admirable que difficile à dévoiler, puisqu'il a pour but d'assimiler à notre propre substance une partie de ce produit, *de ce sang*, résultant des aliments soumis aux fonctions élaboratrices. Ce travail merveilleux se passe silencieusement, et à notre insu, dans les divisions infinies de l'appareil circulatoire; c'est lui qui constitue la nutrition proprement dite. Nous

voyons donc une distinction bien marquée entre ces deux fonctions, *l'élaboration et la nutrition*, quoique enchaînées par des rapports des plus intimes. La première prépare les matériaux, et la seconde les emploie.

Ne peut-on point tirer de ce premier raisonnement physiologique la conséquence suivante : *Si l'intégrité des organes est une condition essentielle à la perfection du produit qui doit résulter de leurs fonctions, d'un autre côté, peut-on révoquer en doute que la qualité des matériaux employés ne soit une seconde condition au moins aussi importante?* Car que l'une ou l'autre de ces conditions vienne à manquer, l'élaboration sera incomplète. Ainsi, nous savons que le poumon est l'organe spécial dans lequel viennent se rendre tous les fluides destinés à la nutrition, pour y acquérir, sous l'influence de l'air atmosphérique, leur suprême degré d'élaboration ; or, si des *principes hétérogènes* altèrent, comme cela s'observe communément, par exemple dans les lieux marécageux, la composition de ce fluide respirable, l'élaboration, alors, malgré l'intégrité des organes respiratoires, sera incomplète, et la nutrition sera troublée par l'influence d'un sang qui manquera de perfection ou de ce degré de vitalité propre à l'assimilation ; en voici un exemple :

M. Basire, âgé de 35 ans, d'une forte constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, va, en juin 1836, sur l'après-midi, dans le marais de Montmartin-en-Graignes, pour voir creuser le canal qui doit joindre la Taute à la Vire : il respire pendant plusieurs heures les gaz qui se dégagent de ce sol marneux. La première impression qu'il en éprouve est une gêne dans la respiration, de la céphalalgie et une lassitude générale.

A peine est-il rentré chez lui qu'il ressent toute la série des symptômes d'une fièvre intermittente, frisson, chaleur et sueur.

Après un calme de 24 heures, les mêmes symptômes reparurent. Une saignée et 5 grains de sulfate de quinine arrêtèrent l'accès. M. Basire recouvra bientôt sa santé première.

Examen du sang. — Il a présenté les signes d'altération suivants que nous avons déjà publiés dans plusieurs mémoires (1) : le sérum dégagé du cruor a pris une couleur et une consistance laiteuses. Après avoir été transvasé avec précaution et avoir été soumis à une température de 6 degrés, en plongeant le vase dans de l'eau fraîche, il a acquis, dans l'espace de quelques minutes, une consistance gélatineuse, spongieuse, retenant environ son volume d'eau qui s'écoula facilement sous l'influence d'une légère pression ; et ce produit, qui, un instant auparavant, était liquide, se solidifia et présenta tous les caractères de la chair musculaire.

Ces phénomènes se présentent souvent à l'observation. Jusqu'à ces derniers temps, on n'avait point apporté à ce sujet toute l'attention qu'il mérite ; on se bornait à examiner le sang, sans chercher à en séparer les parties distinctes ; et quand cette portion coagulable que nous venons d'examiner se présentait sur le cruor et formait cette couche membraneuse, grise, qu'on connaît sous le nom de *couenne*, on se contentait de dire que le sang était couenneux, et on ne voyait là que le signe d'une disposition inflammatoire.

(1) Voyez le *Journal hebdomadaire de médecine*, t. VI et VII.

On ne cherchait point d'où provenait cette couche couenneuse ; on la supposait formée aux dépens du cruor ; erreur qui dura jusqu'en 1829. Je publiai alors deux mémoires (1) dans lesquels je démontrai cette erreur par des expériences faites sous les yeux de M. Piorry, à l'hospice de la Salpêtrière, et répétées un très-grand nombre de fois en présence des élèves.

Mon premier mémoire fut présenté à la société anatomique et me valut l'honneur d'être admis au nombre de ses membres.

Malgré le jugement favorable de cette société laborieuse et savante, on douta encore ; enfin, M. Piorry soutint les faits devant l'Académie de médecine ; depuis, on a bien voulu se donner la peine de les examiner ; et, aujourd'hui, grâce à cette condescendance, je vois avec plaisir, dans les annales de la science, que la vérité a percé et nous a mis d'accord. Ces faits étant prouvés et à l'abri de toute discussion, je puis maintenant continuer. Ces phénomènes ne sont-ils point curieux ? Comment les expliquer ? Nous savons, d'après les lois physiologiques, que le sang veineux, dans l'état normal, revient au poumon dépouillé de ses éléments organiques assimilables, et qu'alors la sérosité qui en fait partie n'est point susceptible de se solidifier, puisqu'elle ne contient plus de fibrine (voyez l'analyse chimique dans les mémoires précités). Comment se fait-il donc, que, dans certaines circonstances pathologiques, le sang veineux revienne au poumon, chargé d'éléments organiques en dissolution dans la sérosité ? Ces phénomènes sont contraires aux lois de la physiologie qui président à

(1) Voyez les t. VI et VII du *Journal hebdomadaire*.

la nutrition ! M. Basire, comme nous avons vu, a recouvré sa santé dans l'espace de 48 heures ; ses organes n'ont point cessé de paraître dans un état d'intégrité parfaite ; à quoi donc attribuer les phénomènes observés ? Serait-ce à une lésion organique ? Non, ils trouvent une explication plus rationnelle dans le trouble des fonctions assimilatrices, trouble dû à un défaut d'élaboration du sang, dans un poumon qui se trouvait sous l'influence d'un air marécageux, altéré et impropre à l'hématose. Et je répète : *si l'intégrité des organes est une condition essentielle à la perfection du produit qui doit résulter de leurs fonctions, la qualité des matériaux employés est une seconde condition non moins essentielle.*

Le trouble de la nutrition peut donc être dû à une altération primitive du sang, ou si l'on veut, à son défaut d'élaboration. Ce trouble présente des symptômes qui ont une analogie frappante avec ceux qui caractérisent les maladies connues sous le nom de fièvres intermittentes. Ces affections seraient-elles identiques ?

Éclairé par le flambeau de la physiologie, hasardons-nous de soulever le voile qui couvre encore le mécanisme de la nutrition. Lecteurs, n'oubliez point que je vous demande des conseils !

En avançant que c'est contre les lois de la physiologie que nous rencontrons souvent en dissolution dans la sérosité du sang veineux des principes assimilables à nos tissus, tels que la fibrine, matière de nos muscles, l'albumine formant un grand nombre de membranes et de tissus, une matière grasse, qui, réunie à l'osmazome et à l'albumine, constitue le système nerveux, des phosphates terreux, base des os, des sels de potasse et de soude qui

jouissent de la propriété de tenir ces principes en dissolution (la couenne inflammatoire est un composé de tous ces principes), nous avançons un fait facile à vérifier par l'examen comparatif du sang normal avec celui qui se trouve dans des conditions pathologiques.

D'après ces considérations, voici l'idée que nous nous faisons de la nutrition et de son trouble : La fibrine, l'albumine, etc., etc., sont des principes nutritifs de nos organes ; ils se trouvent en dissolution dans le sérum artériel, qui, comme leur véhicule, les transporte dans les dernières ramifications capillaires, transsude à travers leurs pores (1), se répand sur nos tissus, s'infiltre dans leur parenchyme, s'y dépouille des principes nutritifs qu'il contient : ceux-ci, par une sorte d'attraction et de cohésion organiques, s'unissent aux tissus qui se rapprochent le plus de leur nature, en subissant, dans certains cas, quelques modifications. Le sérum (2) réduit ensuite à l'état de sérosité et devenu plus fluide, puisqu'il s'est dépouillé des éléments organiques qu'il contenait en dissolution, s'évapore en partie, et cette évaporation constitue la transpiration insensible, etc... Une autre partie est reprise par les veines et retourne avec le cruor veineux dans les poumons, pour y acquérir, sous l'influence de l'air, des qualités nouvelles, et principalement la propriété de dissoudre de nouveau une certaine quantité de fibrine en se

(1) Ne pourrait-on point expliquer par là ces concrétions calcaires, ces ossifications que l'on observe dans les artères seulement?

(2) J'ai proposé de conserver le nom de *sérum* à la partie aqueuse du sang quand elle contient de la fibrine en dissolution, et de *sérosité* quand elle n'en contient pas. Leur composition n'étant point identique, pourquoi ne pas leur donner un nom distinctif?

chargeant des sels de potasse et de soude qui font partie du chyle avec lequel elle se mêle.

Tels sont les phénomènes de la nutrition physiologique. Dans cette condition, le sang ne présente point de couenne inflammatoire.

La nutrition pathologique consiste dans le trouble de la première; ainsi, toutes les fois que la transsudation séreuse ne se fait pas dans les capillaires artériels, le sérum, obéissant aux lois de la circulation, repasse dans les veines chargé des éléments organiques. Or, si l'on vient à saigner un individu dans cet état pathologique, on trouvera dans son sang ces mêmes éléments de nos organes, qui, par le repos et le refroidissement, se condenseront et formeront sur le cruor cette couche membraneuse à laquelle on a donné le nom de *couenne*.

D'après ces considérations, j'ai cru pouvoir avancer que la présence de la couenne sur le sang était un signe du trouble de la nutrition, isolé, précédé ou accompagné de lésions organiques, comme nous allons le voir.

Ce trouble, étudié d'après ses symptômes, peut se présenter sous quatre états différents : dans le premier, la transsudation séreuse se fait encore, mais d'une manière incomplète; dans le second, elle est presque entièrement suspendue; dans le troisième, un organe est menacé de devenir le siége d'un dépôt de sérum; dans le quatrième, un organe est devenu le siége d'un dépôt plus ou moins abondant de sérum. Nous allons repasser en revue ces quatre états pathologiques, et indiquer en même temps les symptômes propres à chacun. (Il ne s'agit, comme on le voit, que du trouble primitif de la nutrition.)

PREMIER ÉTAT.

La transsudation séreuse se fait encore, mais d'une manière incomplète.

Dans ce cas, la quantité des principes nutritifs assimilés n'est plus en rapport avec l'élaboration qui s'en fait. Les pertes ne sont pas assez considérables; le sang, trop riche, circule avec peine; les veines sont gonflées; un trouble général se manifeste, tantôt par des lassitudes dans les membres, tantôt, et le plus ordinairement, par des céphalalgies gravatives, etc.; tels sont les principaux symptômes du trouble commençant de la nutrition, désigné communément par le nom de pléthore.

DEUXIÈME ÉTAT.

La transsudation séreuse est presque entièrement suspendue.

Cet état va nous donner une idée de ce qui se passe dans un accès de fièvre. Ainsi, soit que le premier état dure long-temps, soit que les éléments organiques ne soient pas convenablement élaborés, le sérum acquiert une densité telle qu'il ne peut plus transsuder qu'avec une extrême difficulté à travers les porosités artérielles; il oppose une résistance plus grande aux organes actifs de la circulation : celle-ci devient gênée, les contractions du cœur se ralentissent, une moins grande quantité de sang veineux parvient aux poumons, et, par la même raison, la quantité du sang artériel qui doit se distribuer à la périphérie du corps se trouve proportionnellement diminuée : par-là, resserrement des vaisseaux capillaires cu-

tanés, privation d'une certaine quantité de calorique, sentiment de froid (frisson). Alors le sang veineux, très-abondant, afflue dans les vaisseaux internes; il renferme des principes qui, par leur contact prolongé, vont bientôt agir comme stimulants sur des organes qui ne sont point accoutumés à leur action; (ces principes sont la fibrine trop abondante ou mal élaborée et les sels, etc., qui se trouvent en dissolution dans le sérum veineux). Le ventricule droit du cœur se trouve excité, ses contractions deviennent graduellement plus fortes; une plus grande quantité de sang veineux est chassée dans les poumons, et, à mesure que le cœur s'en débarrasse, ses contractions deviennent plus énergiques; la circulation est bientôt très-active dans toutes les parties du corps, jusque dans les capillaires cutanés : par là, sentiment de chaleur (chaleur). Maintenant, l'afflux plus considérable du sang dans les capillaires, l'élévation de la température agissent ici d'une manière physique; les parties soumises à leur action se dilatent, les pores des vaisseaux s'ouvrent, la transsudation séreuse devient très-abondante, l'augmentation de la chaleur favorise et hâte l'évaporation de la sérosité, qui bientôt vient se présenter sous la forme de gouttelettes à la surface de la peau : par-là, transpiration abondante (sueur).

Alors le sang se trouve dépouillé d'une quantité plus ou moins grande des éléments organiques surabondants ou altérés. Les malades placés dans cette condition se trouvent ordinairement mieux; et, si l'équilibre de l'assimilation avec l'élaboration nutritive est rétabli, tout rentre dans l'état physiologique, la nutrition redevient normale; mais, si l'équilibre n'est qu'imparfait, le soula-

fluence de 24 grains de sulfate de quinine en potion.

Ses enfants eurent aussi quelques accès de fièvre, et furent guéris par des lavements de quinine.

J'ai eu occasion d'observer par centaines des cas de ce genre, que je crois superflu de rapporter ici.

Plus tard, dans le mois de novembre de la même année, la constitution atmosphérique ayant changé, le temps étant devenu humide et froid, les individus atteints de fièvres intermittentes présentèrent des symptômes locaux qui attirèrent mon attention. La nature semblait diriger ses efforts d'élimination vers les organes pulmonaires; chaque accès déterminait, au moment de la chaleur, une congestion que l'on aurait pu prendre de prime-abord pour une pneumonie : la matité était évidente, l'expansion pulmonaire incomplète et accompagnée de râle humide. Ces symptômes disparaissaient graduellement à mesure que la sueur se manifestait, à la suite d'une expectoration glaireuse abondante.

Dans le principe, on pouvait arrêter la périodicité et prévenir des accidents fâcheux.

J'ai reconnu dans ces symptômes le troisième état du trouble de la nutrition que voici :

TROISIÈME ÉTAT.

Un organe est menacé de devenir le siége d'un dépôt de sérum.

Il est facile de concevoir que pendant le deuxième état du trouble de la nutrition, un organe peut acquérir un surcroît d'activité ou d'irritation et participer plus que les autres au trouble général des fonctions; alors, des symptômes locaux expriment sa souffrance et dévoilent aux

yeux de l'observateur l'état critique dans lequel il se trouve; enfin, si la réaction cutanée survient et que la sueur se déclare, cet organe, si l'on peut s'exprimer ainsi, se trouve secouru par l'action médicatrice de la nature, et réintégré, jusqu'à un nouvel accès, dans l'exercice régulier de sa fonction; mais si cet heureux concours de réaction n'a pas lieu, il peut survenir une lésion organique consécutive. N'observons-nous pas journellement que, si les sueurs manquent ou se trouvent supprimées par quelque cause accidentelle, les malades n'éprouvent plus le mieux accoutumé, et que le pouls conserve sa fréquence? alors, le médecin voyant le mal plus sérieux se contente de dire : la fièvre menace de devenir continue, rémittente, intermittente, etc.; mots vides de sens dans leur application! Observons mieux, et nous raisonnerons au moins en médecins physiologistes, en disant : la fièvre menace de se compliquer d'une affection organique, et la gravité de la maladie va se trouver en rapport avec l'importance de la fonction que l'organe affecté était chargé de remplir. *Ars medica tota in observationibus* (Baglivi).

La plupart des maladies désignées par les noms de pneumonie, pleurésie, encéphalite, etc., etc., intermittentes, peuvent être placées dans cet état du trouble de la nutrition.

Exemple. — Le nommé Pillon Antoine, de Montmartin, âgé de 45 ans, me fait appeler dans le mois de novembre dernier 1837. Je le trouvai dans l'état suivant : Décubitus dorsal, peau brûlante, pouls fréquent et développé, respiration gênée; la percussion donnait un son mat en avant et en arrière de la poitrine; l'auscultation permettait d'entendre un râle muqueux; les organes digestifs

étaient sains. A force de questions, je parvins à apprendre que depuis quelques jours, et avant ma visite, le malade avait éprouvé un léger frisson aux pieds. L'état des organes respiratoires indiquait une saignée; je la pratiquai de trois palettes; le sang se couvrit d'une couenne épaisse; l'eau d'orge fut conseillée pour boisson; le lendemain le malade se trouve mieux : la respiration est presque normale; je saisis cet intervalle de calme pour administrer 25 grains de sel de quinquina; l'accès revient avec les mêmes symptômes, mais beaucoup moins intenses; Pillon continue l'usage du sel, et quatre jours après il peut reprendre ses occupations.

Madame Mauger, de Saint-Côme, atteinte depuis trois jours d'une fièvre intermittente, éprouvait, à chaque accès, au moment de la chaleur, du délire, qui chaque jour devenait plus intense. Appelé le 15 juin, je m'empressai (les organes digestifs étant sains) de lui prescrire 25 grains de sulfate de quinine en potion, à prendre en 24 heures. A partir de ce moment, les accès ont disparu et la santé a été rétablie.

M. le Curé de Saint-Côme a éprouvé les mêmes accidents qui ont cédé en quelques jours aux mêmes moyens de traitement.

Un de mes confrères, M. le docteur Gislot, à l'occasion des effets de la quinine, dans une conversation médicale, m'a raconté que le fils de M. Enouf a dû à la vertu spécifique de ce sel la cessation de symptômes cérébraux périodiques qui menaçaient de compromettre ses jours.

Il est évident que dans ces circonstances l'art a concouru merveilleusement à la guérison, en prévenant une affection organique, ce qui aurait alors constitué le qua-

trième état du trouble de la nutrition que nous allons examiner.

QUATRIÈME ÉTAT.

Un organe est devenu le siége d'un dépôt plus ou moins abondant de sérum.

Si le retour périodique du troisième état que nous venons d'examiner ne se trouve point arrêté, l'organe irrité finit par s'enflammer et devenir le siége d'une transsudation abondante de sérum qui subira différentes modifications, suivant l'organe affecté. Si c'est le poumon, le foie, la rate, il pourra se faire un dépôt morbide d'éléments nutritifs d'une nature hétérogène au tissu de l'organe, et se produire diverses altérations. Si c'est la plèvre, le péritoine, un épanchement et la formation de fausses membranes en seront presque constamment la suite.

Voici une observation dont j'ai publié autrefois les détails dans le journal hebdomadaire de médecine, tome 8, page 101.

La femme Compin, veuve Pierre, âgée de 48 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, éprouvait depuis 15 jours un malaise général, et se plaignait particulièrement de lassitudes dans les membres. Le 6 novembre, elle fut prise subitement d'un frisson qui dura environ une demi-heure; la chaleur et la sueur se manifestèrent ensuite; une douleur vague se faisait sentir dans la poitrine, tantôt à droite, tantôt à gauche; cet état dura plusieurs jours. Dans la nuit du 8 novembre, après un second frisson, la douleur devient pongitive et se fixe dans le côté droit de la poitrine. La malade est transportée à

l'infirmerie sur les 4 heures du soir, dans l'état suivant : abattement général, douleur pongitive dans le côté droit, augmentant par une forte pression ; les grandes inspirations la rendent insupportable. La percussion fait reconnaître de la matité dans le côté affecté, à partir de la quatrième vertèbre dorsale jusqu'à la partie inférieure de la poitrine ; cette matité se déplace en gagnant la partie la plus déclive, suivant que l'on fait pencher la malade à droite ou à gauche : on entend l'égophonie. Le côté gauche paraît sain.

D'après l'ensemble de ces symptômes, on reconnaît un épanchement consécutif à une pleurésie.

Dans le commencement, le trouble de la nutrition était intermittent : on aurait pu prévenir le quatrième état, c'est-à-dire l'inflammation de la plèvre et l'épanchement qui en fut le résultat, par l'administration du sulfate de quinine, etc. ; la malade guérit cependant, mais après un long traitement dirigé contre l'affection organique consécutive.

Je pourrais citer une foule d'exemples de fièvres intermittentes qui, abandonnées à la nature, se sont compliquées de lésions organiques plus ou moins graves. Dans ces circonstances, la fièvre intermittente est un vrai Prothée qui prend toutes les formes des autres maladies, sans cependant perdre entièrement son caractère essentiel de périodicité, qui ne peut échapper à l'observateur attentif.

Je ne citerai point d'exemples de ces engorgements consécutifs de la rate ; il n'est point de praticien qui ne les ait observés très-fréquemment.

La saison ou la constitution atmosphérique détermine quelques différences dans les symptômes concomitants de

la fièvre, en raison de la sensibilité plus grande de tel ou tel organe : dans le mois de mai 1838, c'étaient l'estomac et les intestins qui paraissaient être le point d'élimination ; car on voyait la fièvre disparaître à la suite de vomissements albumineux ou d'évacuations alvines abondantes. On a souvent pris pour des gastro-entérites ces évacuations périodiques, qui, surtout chez les enfants, masquaient les symptômes caractéristiques de la maladie principale : abandonnée à la nature, cette affection se terminait souvent d'une manière funeste, à la suite d'un épuisement général résultant de l'irritation consécutive des intestins. Dans le commencement, quelques grains de quinine administrés en lavement arrêtaient comme par enchantement et les évacuations et la fièvre. Citons un exemple entre cent :

L'enfant de M. Lenoir, de Brévands, est presque réduit à un état de marasme ; par une diarrhée périodique et toujours précédée d'un léger frisson ; 25 grains de sulfate de quinine administrés en quatre lavements, ont arrêté, en 48 heures, le trouble des fonctions nutritives et digestives.

Aujourd'hui, juin 1838, ce sont les bronches qui sont principalement affectées : il n'est point rare de voir survenir, à la suite d'un ou plusieurs accès de fièvre, une irritation bronchique qui détermine des quintes de toux très-fatigantes ; et en peu de temps l'irritation se propage par continuité de tissu aux organes pulmonaires. L'art peut prévenir cet envahissement en arrêtant la périodicité.

Mademoiselle Barbé, de Beuzeville-sur-le-Vey, âgée de 12 ans, d'une constitution grêle, se trouvait affaiblie

depuis 15 jours par une toux périodique dont les symptômes précurseurs s'annonçaient par un léger frisson aux pieds et quelques bâillements; la nuit se passait dans une agitation continuelle; il y avait des sueurs nocturnes. L'ensemble de ces symptômes semblait présager le développement de tubercules pulmonaires, ce qui probablement aurait eu lieu, si l'art ne fût venu au secours de la nature.

Les sueurs favorisées par l'application sur la gorge et la poitrine de laine en suint, l'usage d'un looch avec addition de 25 grains de sel de quinquina, et quelques précautions hygiéniques ont fait disparaître comme par enchantement, dans l'espace de huit jours, la toux et les symptômes effrayants qui l'accompagnaient; mademoiselle Barbé jouit maintenant d'une parfaite santé.

Un de mes confrères, le docteur Dombreval, m'apprend que, sous l'influence du même sel, dirigé contre la fièvre, la toux bronchique, qui fatiguait son enfant, avait diminué d'une manière remarquable.

Le même moyen a pareillement arrêté le retour d'une toux fatigante, et compliquée à chaque accès de symptômes cérébraux, chez un homme d'une forte constitution, et jouissant habituellement d'une bonne santé.

Je grossirais trop ce mémoire, si je citais toutes les observations de ce genre que je possède; je me borne donc à quelques exemples.

D'après ces faits consciencieusement observés, je suis forcé, malgré le sentiment opposé de quelques hommes qui font autorité dans le monde médical, de répondre affirmativement à la question académique.

1° Je suis intimement persuadé qu'il existe des altérations primitives des fluides circulatoires.

2° Que le sang est de tous les fluides le plus exposé à cette altération par l'influence qu'exerce sur lui l'air atmosphérique.

3° Que les troubles fonctionnels qui en résultent ont été souvent rapportés à une cause étrangère à la nutrition en désordre.

4° Que les symptômes qui caractérisent les troubles de la nutrition sont variables en raison des désordres fonctionnels qui peuvent survenir spontanément, suivant les pays, la saison, l'idiosyncrasie ou le degré de prédominance de tel ou tel système ou appareil sur lesquels les effets de la nature tendent à diriger les efforts de l'élimination.

5° Ainsi, dans les pays marécageux, ce sont les symptômes isolés du deuxième ou troisième état du trouble de la nutrition, ou en d'autres termes de la fièvre intermittente, que l'on observe le plus communément.

6° Dans les contrées opposées, les organes doués d'une irritabilité plus grande se trouvent par là plus exposés à devenir le siége du dépôt des éléments altérés. Un ou plusieurs accès de fièvre peuvent donner lieu au quatrième état du trouble de la nutrition, c'est-à-dire à une lésion organique consécutive.

7° Pendant le frisson, les organes abdominaux souffrent de la stase trop prolongée du sang.

8° Par la même raison, le cerveau, les organes pulmonaires souffrent à leur tour pendant la chaleur.

9° Ainsi, abandonnées à la nature, les fièvres intermittentes se compliquent souvent de pneumonie, d'engorge-

ments de la rate, du foie, des glandes mésentériques, d'hydropisie, etc.; et les malheureux qui se trouvent dans cette position traînent pendant un temps indéterminé une vie languissante, leurs maux étant devenus au-dessus des ressources de l'art.

10° Quoique les fièvres intermittentes disparaissent quelquefois spontanément; il peut être dangereux de les négliger. Lors même qu'elles semblent céder aux efforts de la nature, les malades doivent encore se tenir sur leurs gardes, sous le rapport du régime, et le médecin être attentif au degré d'excitabilité de tel ou tel organe, afin de pouvoir saisir à temps l'occasion de prévenir sa lésion.

11° La femme d'un notaire, de mes amis, est atteinte d'une fièvre intermittente, à la suite de ses couches; le symptôme précurseur dominant s'annonçait par une douleur lancinante dans le sein droit, accompagnée d'un gonflement qui augmentait graduellement à la suite de chaque accès : 25 grains de quinine ont arrêté les accès, les progrès du gonflement et la douleur.

Dans cet état du trouble de la nutrition, l'organe menacé présente des symptômes qui souvent masquent ceux de la fièvre au point que, sans une attention sérieuse et prolongée, on ne reconnaîtrait qu'une affection organique : l'erreur serait d'autant plus grande que l'on traiterait l'effet pour la cause (voyez l'observation de Pillon).

12° Parmi les nombreux moyens thérapeutiques employés et considérés comme spécifiques contre la fièvre intermittente, le sulfate de quinine occupe, sans contredit, le premier rang; secondé par un régime anti-phlogistique, il réussit presque constamment dans le début; plus tard, ses effets sont incertains et quelquefois nuisi-

bles, lorsqu'il est survenu une affection organique. L'action directe du sel de quinquina sur l'économie est encore inconnue. Cependant, d'après mes observations, je ne serais pas éloigné de penser qu'il agit sur le sang; il serait à mes yeux un dépuratif par excellence : examinez les urines des individus soumis à l'action de ce médicament : vous observerez dans le plus grand nombre des cas un sédiment remarquable, en ce qu'il est caillebotté et presque fibrineux.

13° Avant de prescrire ce médicament, on doit explorer l'état des organes, surtout ceux de la digestion; car la plus légère irritation de l'estomac peut entraver son effet.

14° Il suit de là que pour que ce médicament réussisse, il est de rigueur qu'il soit déposé sur un organe sain et dans le plein exercice de ses fonctions. C'est à tort qu'on attend quelquefois pour l'administrer l'heure qui précède le retour de l'accès : n'est-il pas évident que l'estomac, participant plus que tout autre organe au trouble fonctionnel général, surtout pendant le frisson, ne doit plus se trouver en état de remplir ses fonctions?

15° Or, ce médicament devant être absorbé, ne doit-on pas s'empresser de profiter, au contraire, du moment où les fonctions commencent à rentrer dans le calme, afin de donner le temps aux organes de le digérer et de l'absorber? On ne doit pas oublier que l'organe sur lequel on dépose le remède est sensible, et que la chance de nuire est placée ici à côté de celle de soulager.

16° *Mode d'administration.* — Le sulfate de quinine s'administre en poudre, en pilules, en sirops ou en potions : de toutes ces préparations, je préfère la dernière ;

ma préférence peut s'expliquer par une observation.

17° Dans le commencement de ma pratique, j'avais l'habitude, à l'exemple de M. le docteur Bailly, de prescrire ce médicament en pilules, uni à la mie de pain. Après en avoir fait prendre ainsi 40 grains à un fiévreux sans aucun résultat, cherchant la cause de cet insuccès, je reconnus bientôt que les pilules n'avaient point été digérées, et qu'elles se retrouvaient intactes dans les selles.

Je fus appelé quelque temps après par le docteur Gouville auprès de M. Demorigny, atteint d'une fièvre intermittente pernicieuse, et traité sans succès par des pilules de sulfate de quinine à haute dose. Le moment était pressant; je fis part de mon observation : nous prescrivîmes de concert le même sel en potion, et vingt-quatre heures après, M. Demorigny était hors de danger.

18° Voici la formule que j'adopte presque invariablement chez les adultes :

Sulfate de quinine.	g xx.
Sucre.	℥ ij.
Sirop diacode.	℥ s.
Eau.	℥ iv.
Acide sulfurique.	2 gouttes.
Essence de menthe.	un quart de goutte.

M. S. A. pour une potion, dont on fait prendre au malade quatre cuillerées à bouche entre deux accès de fièvre, en mettant entre chaque cuillerée un intervalle de deux à trois heures, suivant la longueur de l'apyrexie. On en continue ainsi l'usage les jours suivants. Le résultat est constamment heureux dans le début, et tant qu'il n'existe point d'irritation, soit primitive, soit consécutive de l'estomac ou des intestins. Lorsque ces complications existent,

on prescrit le sulfate de quinine à double dose en lavement, et, par ce moyen, on concourt de la manière la plus efficace à la guérison de l'irritation gastrique, en faisant cesser la fièvre qui est une cause aggravante très-active de cette irritation.

Chez les enfants surtout ce moyen est précieux, soit à cause de la difficulté de leur faire avaler le sulfate de quinine, soit à cause de l'extrême susceptibilité des voies digestives à cet âge.

19° Encore une remarque que je crois utile à noter : les malades auxquels on a coupé la fièvre sont toujours plus ou moins exposés à *la récidive*; et cela doit être, puisque nous n'agissons que sur la cause secondaire de la maladie, la cause première étant dans l'atmosphère. Aussi, le meilleur moyen de mettre les malades à l'abri des récidives, c'est de les faire, comme on dit, *changer d'air*, de les dépayser. Malheureusement, ce moyen hygiénique n'est pas toujours praticable. Il suit de là que le plus grand nombre des fiévreux se trouvent exposés à la récidive, et, d'après mes observations pratiques, c'est du quinze au vingtième jour que l'accès reparaît. On en est souvent averti vingt-quatre heures d'avance par un sentiment de malaise, de fatigue et de légers frissons dans les membres. Les accès se déclarent enfin et deviennent, en général, plus forts que les précédents.

Ces remarques m'ont suggéré l'idée de conseiller à mes malades de réitérer l'usage du sulfate de quinine, soit en potion, soit en lavement, suivant l'âge et les circonstances, le douzième jour, à partir de la cessation de la fièvre. Par ce moyen, je puis l'attester, plus des 4/5 des malades auxquels je donne des soins ont été exempts de récidive.

Il est d'observation encore que la difficulté d'arrêter la fièvre augmente en raison du nombre de récidives qui ont eu lieu, et qu'elle finit quelquefois par devenir incurable, parce qu'il survient constamment une irritation plus ou moins inflammatoire des organes digestifs que les malades attribuent à l'effet des sels de quinquina, mais qui est bien plutôt l'effet de la fièvre elle-même.

Je termine ici ces réflexions que je soumets au jugement de mes confrères. Bien que mes idées soient en opposition avec celles que professent encore aujourd'hui quelques hommes qui font autorité dans la science, je crois m'acquitter d'un devoir en les communiquant, parce qu'elles ont pour base une intime conviction, et pour but l'intérêt de l'humanité !

OBSERVATION

SUR DES CALCULS URINAIRES, DONT UN TRÈS-VOLUMINEUX A SÉJOURNÉ LONG-TEMPS DANS LE CANAL DE L'URÈTRE ;

PAR M. RONZEL PÈRE,

Docteur en médecine à St-Etienne-aux-Claux (Corrèze).

Une jeune montagnarde, âgée de 16 ans, d'une bonne constitution, habitant la commune de Saint-Donnat, à la racine du pic de Sancy, près le Mont-d'Or, avait rendu, dans l'espace de douze à quinze mois, plusieurs pierres de grosseur différente, qui, toutes, ayant parcouru péniblement le canal de l'urètre, étaient sorties sans secours.

Une dernière, également engagée dans le canal de l'u-

rètre, causait de très-vives souffrances à la malade depuis six mois. Les urines coulaient involontairement : de là, de légères excoriations, avec des douleurs plus ou moins aiguës et une odeur désagréable.

Cette pierre, après avoir cheminé bien lentement, était parvenue à l'extrémité du canal, et y séjournait depuis plusieurs semaines, sans pouvoir se dégager, devenant de jour en jour plus incommode, par le grand accroissement qu'elle y prenait et par la gêne qui en était la suite. Engagée dans le méat urinaire, elle se laissait apercevoir par son extrémité; mais ni les efforts de la malade, ni quelques tentatives faites par sa mère, n'avaient pu en déterminer l'expulsion.

C'est dans cet état que la jeune personne, conduite par son père, vint réclamer mes secours dans le courant de l'été dernier. Après un examen suffisant et le récit de tout ce qui s'était passé, je me disposais à faire l'extraction de la pierre, par les moyens de l'art, lorsque tout-à-coup elle s'échappa et tomba par terre, au grand contentement et à la grande surprise de la malade. Je dus attribuer cet événement au long voyage qu'elle venait de faire à cheval : les cahotements avaient dû ébranler la pierre et faciliter sa sortie; la crainte d'une opération imminente pouvait bien aussi avoir contribué à cet heureux résultat.

Quelques moments après la sortie de ce premier calcul, il en sortit spontanément un autre de moindre volume. Je me contentai alors de constater les désordres occasionnés par le séjour de ces pierres dans l'urètre. Ce conduit était grandement dilaté, et le doigt s'y introduisait aussi aisément que dans le vagin. Les parties voisines du méat étaient de couleur brunâtre et comme légèrement contu-

ses. Il n'était plus question que de faire disparaître ces petits désordres et d'obvier à l'écoulement involontaire des urines qui avait duré si long-temps. Je prescrivis, pour les premiers jours, des lotions résolutives, et ensuite, des demi-bains froids qui ont eu l'effet désiré. L'incontinence d'urine a cessé complètement ; il ne s'est pas formé de nouveaux calculs, et j'ai su par les parents de la jeune montagnarde qu'elle jouit aujourd'hui d'une parfaite santé.

Jusque-là, le fait ne présente rien d'extraordinaire ; mais voici en quoi il m'a paru remarquable. J'examinai, après le départ de la malade, les deux calculs que j'avais conservés. Le premier sorti, était de la grosseur d'une noix ordinaire, tout-à-fait ovalaire ; le second, également ovalaire, était de la grosseur d'une olive ; ils étaient tous deux lisses, polis, blanchâtres, et présentaient toutes les apparences des calculs formés de phosphate calcaire. Pour m'assurer de leur solidité, je donnai un coup de marteau au plus volumineux, qui se partagea en deux portions égales. Quelle fut ma surprise lorsque j'aperçus, dans son intérieur, un corps aplati, comme un très-petit lien, qui se prolongeait d'une extrémité à l'autre sans paraître au dehors !

Le second calcul, brisé comme le premier, me présenta le même phénomène. Après un examen long et attentif, je crus reconnaître que le petit corps étranger était une paille de seigle ou d'avoine, qui avait servi de noyau aux deux calculs, et probablement aussi à ceux qui étaient sortis antérieurement. Quelques confrères auxquels j'ai communiqué ce fait, ont pensé que la paille, introduite dans l'estomac avec les aliments, avait pu se frayer une route à travers les solides, comme les épingles, les aiguil-

lés, de petites portions d'os, et d'autres corps aigus, qui, parcourant de proche en proche le tissu cellulaire, vont se présenter dans des parties éloignées. Cette explication ne me paraît pas vraisemblable : la paille n'est pas un corps assez solide ni assez aigu pour se frayer une route à travers les solides, comme les épines, les épingles, etc. On doit croire plutôt qu'introduite par un accident quelconque ou par une curiosité de jeunesse, dans le canal de l'urètre, et portée jusque dans l'intérieur de la vessie, elle a excité la contraction de cet organe qui l'a retenue, et qu'elle y est demeurée, comme y demeurent souvent des portions de bougies, de bouts d'algalies, de sondes de gomme élastique, d'instruments lithotriteurs, etc., qui deviennent les noyaux de calculs de diverses natures.

En admettant cette manière de voir, il reste encore à expliquer comment plusieurs calculs, tous de même nature, mais de diverses grosseurs, ont pu se former sur le même rudiment, se séparer, et sortir tous par le canal de l'urètre, à des périodes plus ou moins éloignées, et après l'avoir parcouru plus ou moins péniblement. On ne peut guère expliquer le fait qu'en supposant que les incrustations ont commencé presque en même temps sur divers points de la paille : que les endroits où le phosphate calcaire s'est déposé en plus grande abondance, ont formé les calculs les plus volumineux; que tous ont été un peu allongés, parce que le noyau se prêtait à cette forme; et qu'enfin, assez près les uns des autres et se poussant réciproquement, ils ont rompu la paille, ce qui les a laissés libres et disposés à s'engager les uns après les autres dans le conduit excréteur. Ces explications ne sont pas rigoureuses; mais elles paraissent au moins vraisemblables. Quoi qu'il en soit

de ces explications, le fait est constant, et s'il est le fruit d'une imprudence ou de la curiosité déplacée de la jeune montagnarde, elle l'a payé bien cher, et elle eût pu s'appliquer les mots du fabuliste : *Curiosum sua sæpe deludit curiositas.*

Ce fait, s'il ne présente rien d'extraordinaire, peut du moins être ajouté à ceux que M. Civiale a rassemblés dans un tableau où il énumère les divers corps qui ont servi de noyau à des calculs urinaires. On voit, dans ce tableau, que des épis ont été trouvés dans des pierres ; mais il n'est pas fait mention des brins de paille.

Une autre circonstance remarquable dans notre observation, c'est l'écoulement involontaire des urines, qui, après avoir duré fort long-temps, a cédé promptement à l'usage des bains froids, après l'expulsion des pierres. Je dois ajouter que les urines ne se sont point creusé une gouttière ou un petit canal sur aucune surface du calcul qui est resté si long-temps engagé dans le méat urinaire. C'est un fait que j'ai bien pu vérifier avant de briser le calcul.

Il me paraît constant que les calculs se sont formés dans la vessie, et que la paille a été la seule cause déterminante de leur formation, puisqu'il n'en est plus survenu après l'expulsion de deux derniers.

Nota. Je joins à cette observation les deux calculs brisés, afin que les hommes de l'art puissent les examiner et en constater la nature.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Du médecin de campagne et de ses malades, mœurs et sciences; par le docteur MUNARET (2e et dernier article) (1).

LETTRE IV. — *Médecine spéciale des campagnes. — Maladies internes et thérapeutiques.*

« Les maladies des campagnes diminueraient au moins » de moitié si le paysan daignait seulement partager ses » précautions sanitaires entre lui et son bœuf, entre sa » femme et sa chèvre, entre ses enfants et ses moutons. » Ce sont ces précautions sanitaires qu'il faudrait apprendre, faire estimer et pratiquer au paysan. C'est là le devoir des *conseils de salubrité d'arrondissements*; il y en a qui l'ont compris ce devoir; mais combien sont des sinécures qui pourtant figurent chaque année au budget départemental. Espérons que la nouvelle loi sur la réorganisation médicale leur fera enfin porter les fruits que cette belle institution promet. Nous croyons l'auteur très-propre à redonner la vie au conseil de salubrité de son arrondissement.

« En comparant la sollicitude de la police médicale » dans les grandes villes et sa complète indifférence dans » les campagnes, on est porté à croire que tous les Fran-

(1) *Voir* le premier article dans la *Revue médicale* du mois de juillet dernier.

» çais n'appartiennent pas au même gouvernement, ou » qu'il ne s'occupe du paysan que pour lui faire porter le » mousquet ou lui mendier sa part aux impôts. »

L'auteur passe ensuite rapidement en revue toutes les maladies internes *a capite ad calcem*. Nous avons lu cette revue synoptique avec plaisir et fruit comme tout le reste. On sent qu'ici l'analyse est impossible, à moins de faire un abrégé du livre. C'est à regret que nous omettons tant de choses intéressantes et importantes. Toutefois nous n'approuvons pas ce plan de repasser *toute* la pathologie interne dans une lettre, d'autant plus que la plupart du temps il n'y a rien de spécial aux maladies du paysan.

Nous aurions préféré que l'auteur eût fait un parallèle, un contraste entre les maladies du paysan et celles du citadin, de la paysanne et de la citadine. Il y aurait à faire, à ce sujet, un tableau tout-à-fait intéressant et trop peu connu; car non-seulement ces maladies ne sont pas les mêmes, mais la manière de les traiter n'est pas la même. Disons à l'avantage des campagnes que le cadre nosologique est moins grand et les maladies moins graves à la campagne qu'à la ville. La partie la plus hideuse du tableau des maladies des villes et qui y occupe une si large place (les maladies des organes sexuels et des voies urinaires) ne viendrait point souiller le tableau des maladies des campagnes où elles sont à peu près inconnues. Il en serait de même de la goutte, des hémorrhoïdes, des maladies nerveuses, etc. Et dans les autres maladies la nature est là, toute-puissante, pour ainsi dire, et s'efforçant vers la guérison, pourvu qu'on prenne garde de ne pas l'entraver et d'ôter les obstacles au jeu des organes.

Qu'un médecin n'ait pas foi dans la nature à la ville et sur d'aussi pauvres sujets que le sont la plupart de ceux des villes, je le comprends ; mais à la campagne : non. Qu'il serait facile de diminuer la mortalité des campagnes seulement avec l'observation des principales règles de l'hygiène ! Quant aux infirmités et aux maladies chroniques, on sait qu'elles sont l'apanage des villes.

LETTRE V. — *Pharmacologie des campagnes.*

« Le plus souvent Hippocrate ne prescrivait que la tisanne d'orge et la diète. » C'est dans cet esprit hippocratique qu'est rédigée cette lettre comme tout l'ouvrage. Le docteur Munaret est un des plus fervents disciples de l'hippocratisme. Ainsi, qu'on ne s'attende pas à retrouver ici un vain étalage d'érudition pharmacologique ; ou plutôt c'est la vraie science pharmacologique qui, après examen, fait un choix discret des substances les plus simples ; les *simples* ont la préférence et surtout ceux du pays.

A la tête de tous les remèdes, l'auteur place l'eau, et il répète d'après le docteur Gannon : « L'eau à l'état de » glace est astringente, répercussive, tonique, résolutive ; » l'eau froide est rafraîchissante, calmante, diurétique ; » l'eau tiède est relâchante, calmante, vomitive ; l'eau » chaude est excitante, sudorifique, expectorante ; l'eau » bouillante est rubéfiante, vésicante, escharrotique. »

« Avec la pharmacie il faut nécessairement tenir l'ar» ticle des sangsues. » Non ! Pas un médecin de notre pays ne tient les sangsues ; elles sont tenues avec beaucoup d'avantage, dans plusieurs localités, par des femmes qui

font profession d'aller les placer, et à qui on donne deux ou trois sous de rétribution pour toute sangsue qui prend bien. Elles les font dégorger et les remportent avec elles pour les réappliquer à d'autres après un certain laps de temps.

Quant aux choix des vingt-deux élus médicamenteux qui doivent composer la pharmacie d'un médecin de campagne, évidemment l'auteur a été poussé trop loin par son système de soustraction; de plus, son choix paraît erronné. Qu'est-ce que la pharmacie d'un médecin de campagne qui ne contient ni éther, ni moutarde, ni kermès, ni eau blanche, ni eau-de-vie camphrée, ni eau de roses, et où tiennent place parmi les vingt-deux élus : le castoréum, le baume tranquille, le chlorure d'oxide de sodium, l'ipéca (que remplace si avantageusement l'émétique)?

Il est impossible de faire ainsi une catégorie close et fixe d'élus médicamenteux; le praticien habile et en garde contre la routine doit les varier davantage. Il est vrai, et c'est là l'excuse de notre savant confrère de Chatillon de Michaille, que tout médecin de campagne a la ressource des prescriptions et ordonnances à envoyer remplir chez le pharmacien de la petite ville voisine. Au reste, la réponse à notre reproche se trouve en grande partie dans les lignes suivantes de l'auteur : « Partout dans nos cam- » pagnes je vois et je puis récolter des *espèces* préférables, » avec leur suc et leur native fraîcheur, à ces racines équi- » voques, à ces écorces vermoulues que le nouveau monde » échange contre notre or, et souvent contre notre santé... » D'autant plus qu'on vend, par exemple, cent fois plus » de quinquina que l'Amérique n'en fournit, on vend cin-

» quante fois plus de manne qu'il n'en arrive à Marseille..
» Mais le remède est comme le médecin : *nul n'est pro-*
» *phète dans son pays.* — Oh! mon ami, guerre à ce pré-
» jugé vandale qui écrase avec sa main de plomb et la
» plante salutaire et l'homme de mérite. » Oui, vous avez mille fois raison; et votre tableau des plantes médicamenteuses, qui commence par l'absinthe et l'armoise et finit par la valériane et la violette, devrait être plus en honneur auprès de tous les praticiens de campagne, de même que l'eau, le vin, le vinaigre, le lait, l'œuf, le miel, l'orge, le gruau, le café. On reconnaît là le disciple d'Hippocrate, de Sydenham, de Boerhaave, de Lieutaud et de Bordeu. *Ne pigeas ex plebeis sciscitari si quid ad curationem utile* (Hipp.).

Lettre VI et VII. — *Chirurgie des campagnes. — Pathologie externe. — Médecine opératoire.*

Même plan, mêmes défauts que pour la pathologie interne; mais ces défauts se rachètent par les bonnes choses qu'on trouve partout. Ce plan ferait supposer que l'auteur a voulu trouver moyen de dire ce qu'il sait de bon sur chaque maladie; or, il sait beaucoup, et vraiment on lui pardonne de chercher à dire son mot, surtout quand ce mot est instructif et piquant. Mais quelquefois la vérité et le bon goût font défaut; lisez plutôt l'amphigouri suivant où (nous le disons à regret) le faux et le ridicule le disputent à l'absurde:
« La pudeur rurale se hâte pour arracher la sonde des mains
» du chirurgien... C'est vainement qu'il la sollicite au nom
» d'un père de famille qui se meurt : froide comme le fa-
» natisme dont elle est la fille, elle ne cédera le terrain, à

» vous, humanitaire éclairé, qu'après qu'elle aura flairé » un cadavre !... En vous écrivant ces dernières lignes, » mon ami, je revois trois victimes d'un pareil *patricide* » hâves, infiltrées, puantes ! O le hideux souvenir ! » (*Sic*).

Ces trois fameuses victimes n'étaient-elles point victimes de la crainte de l'opération plutôt que d'une fausse pudeur? Pourquoi rendre la pudeur et la religion responsables d'un fait qu'elles réprouvent, d'un fait si rare que nous avons été extrêmement surpris de la singulière stupidité des trois montagnards dont parle l'auteur ?

Lettre VIII. — *Obstétrique des campagnes. — Maladies des femmes et des enfants.*

L'auteur commence par émettre le vœu que « le pro» grès des sociétés humaines fasse disparaître les fonctions » de sage-femme du rang des professions scientifiques. »

C'est aussi en invoquant le progrès que nous émettons un vœu diamètralement opposé pour les campagnes, et c'est après y avoir longuement réfléchi. Nous, nous appelons de nos vœux le jour où nos campagnes enfin seront dotées de sages-femmes instruites; et, certes, facile serait la tâche de démontrer, que, livrées à cette spécialité, elles surpasseraient autant en science et en habilité obstétricale les médecins de campagne, qu'un chirurgien d'hôpital voué à la pratique des opérations surpasse en science et en habileté chirurgicale le commun des médecins. Si c'était ici le lieu, nous demanderions à l'auteur pourquoi une main de femme ne serait pas apte à manœuvrer un accouchement plus délicatement et plus habilement que celle d'un médecin de campagne, qui, par la nature des

lieux et des choses ne pourra jamais faire les accouchements que *par accident*. Pourquoi cet anathème jeté sur la femme, pourquoi au nom du progrès et de la civilisation venir faire rétrograder cette sage émancipation de la femme que le christianisme a opérée avec autant de succès que de prudence?

Pour nous, un des passages que nous avons le plus admiré, dans le héros du *Médecin de campagne* de M. de Balzac, c'est celui où le docteur Benassis établit, dans les communes de son canton, des sages-femmes habiles et formées pendant plusieurs années dans les hôpitaux à toutes les opérations obstétricales, au point de n'avoir plus jamais besoin de lui, qui se livrait exclusivement à la médecine, à la chirurgie et à l'hygiène publique et privée; par là, il évitait cette perte de temps qu'entraîne la lenteur des accouchements qui durent souvent plusieurs jours.

Il nous vient ici une pensée pénible, c'est qu'il est de notoriété publique que plusieurs médecins de campagne, avides de cumuler les accouchements avec leur autre clientelle, pour ne pas perdre des clients se sont ennuyés d'attendre la nature pendant de longues journées et de longues nuits, et n'ont pas craint d'ajouter aux douleurs et aux dangers de l'accouchement, les douleurs et les dangers du forceps. Tirons le voile sur les accidents qui s'en sont suivis.

Oui, l'époque qui peuplera nos campagnes de sages-femmes instruites, long-temps formées dans les hôpitaux à la pratique exclusive des accouchements, à la version et au forceps, sera une époque de vrai progrès et de bonheur.

Faisons des vœux pour que la loi de réorganisation médicale avance cet heureux terme.

Mêmes éloges et mêmes reproches à cette lettre qu'aux trois précédentes. Beaucoup trop de lieux communs sur l'obstétrique, beaucoup de choses qui sont dans tous les livres classiques, trop peu de spécialité relative aux campagnes seulement.

Dans cette lettre l'auteur fait une quasi-provocation à son bénévole lecteur, et voici à quelle occasion. Nous relevons le gant : « L'action de doucher avec de l'eau froide » un cerveau *tiède* encore des eaux de l'amnios (28 ou 30 » degrés), et qui est à peine protégé par une mince pellicule, est une tentative involontaire d'infanticide. *Je désire » qu'on puisse me prouver le contraire.* »

1° Un cerveau tiède des eaux de l'amnios 24 heures après qu'il en est sorti !... qui 24 heures après marque encore 28 à 30 degrés !...

2° Il est de notoriété publique que jamais enfant, non-seulement n'est victime de ce prétendu infanticide que la loi avait jusqu'ici oublié de prévoir, non-seulement n'en devient jamais malade, mais ne présente même aucun symptôme qui pourrait faire croire que sa santé en ait été gênée le moins du monde.

3° L'auteur semble oublier la pratique des Russes qui roulent les nouveau-nés dans la neige, et de certains médecins français qui les plongent dans l'eau froide, non pas 24 heures après leur sortie des eaux de l'amnios, mais lorsqu'ils en sont effectivement *tièdes* encore.

4° Et puis, qu'est-ce donc que deux fois plein une coque d'œuf d'eau qui glisse rapidement sur le cuir chevelu de l'enfant qu'on essuie aussitôt! Il y a quelque pudeur à ré-

pondre à de pareilles minuties dont l'auteur au reste, nous nous hâtons de le dire, n'a pas la gloire de l'invention, puisqu'elles remontent à la philosophie du dix-huitième siècle, qu'il paraît pourtant avoir reniée comme tous les hommes de progrès.

5° Au reste, ici comme partout, l'auteur fait preuve d'une rare bonne foi; car il se hâte de dire : « Loin de » moi, mon ami, l'idée de blasphémer un sacrement qui » appartient à une religion qui est la nôtre; mais c'est à » tort que l'on ne suit pas l'exemple de ce philantrope » prélat qui prescrivit aux desservants de son diocèse, » non-seulement de se servir de l'eau tiède, mais encore de » baptiser à domicile. » Nous dirons, avec la même bonne foi, que ce serait à tort qu'on suivrait l'exemple de ce philantrope prélat. Encore un coup, lors même que la théorie de quelques médecins dirait oui, la pratique générale dit non. Et s'il y avait je ne dis pas tentative involontaire d'infanticide, mais seulement l'ombre du danger, tous nos philantropes prélats eussent fait depuis longtemps de ces précautions une mesure générale; sans doute aussi que la loi s'en serait un peu mêlée.

Cette lettre contient, en outre, l'abrégé d'un traité des maladies des femmes et des enfants. On voit que l'auteur est scrupuleux, il ne veut rien garder sur la conscience; et il faudrait peut-être l'en louer plutôt que de l'en blâmer, car il a toujours quelques bonnes choses à dire.

Lettre IX. — *Médecine légale appliquée à la moralité des campagnes.*

Plus que toutes les précédentes, cette lettre contient

des lieux communs; voici ce que nous y avons remarqué de plus spécialement relatif aux campagnes : « Considérée » sous le rapport émolumentaire, la médecine légale dans » nos campagnes est une corvée ingrate, pénible, dégoû- » tante, que le gouvernement ose salarier comme la jour- » née d'un facteur rural ou d'un cantonnier. » Et cependant, qu'il faut de science, d'études et de fatigues au médecin de campagne forcé d'être tout à la fois médecin, chirurgien, accoucheur, médecin légiste, etc. ! *Perarduum et admodùm difficile medentium in foro officium est.* (Becker.)

Lettres X et XI. — *Plan d'études mis en rapport avec la pratique d'un médecin de campagne. — Bibliothèque d'un médecin de campagne.*

C'est avec un vif sentiment de plaisir et de bonheur que nous rendons compte de ces deux lettres qui font le plus grand honneur à l'auteur. Honneur au médecin de campagne savant et studieux !

La première chose, en toute science, en tout art, en tout état, c'est la foi, l'amour et le zèle. Écoutons l'auteur répétant avec admiration ces paroles d'un savant médecin, M. Réveillé Parise.

« La foi est la racine même de la science ; sans cette foi, » sans l'ardeur et l'enthousiasme, sans le feu sacré de l'art, » je vous le dis, rien ne vous sera révélé des secrets de cette » science sublime. Il en est de même de la pratique. La mé- » decine, cet apostolat de l'humanité, ne peut faire le bien » que par une sage confiance dans ses efforts : elle exige » du cœur et de l'âme. Si vous ne croyez ni à ses dogmes,

» ni à ses préceptes, ni à ses bienfaits, si en l'exerçant
» vous n'avez pas le sentiment toujours présent d'un devoir,
» d'une mission, comment en comprendrez-vous les obli-
» gations... Vous n'êtes qu'un histrion de l'espèce la plus
» méprisable... (un prêtre qui ne croyez pas à la religion
» que vous prêchez). ».... Puis, après avoir invoqué le témoi-
gnage d'Hippocrate, l'auteur s'écrie : « Faux confrères,
» incrédules du monde, cervelles assez creuses pour que
» les sarcasmes de Pétrarque et de Bernard de Palissy, les
» boutades de Rousseau et les plaisanteries de Montaigne,
» de Molière et de Beaumarchais y rencontrent un écho,
» qu'avez-vous à répondre à ces simples lignes écrites il y
» a plus deux mille ans, extraites d'un bouquin que vous
» n'avez jamais lu et que vous ne daignerez jamais lire. »

L'auteur se hâte de prémunir le médecin de campagne
contre les systèmes en médecine ; « temps perdu à rêver
» de présomptueux et d'insensés systèmes, temps perdu à
» les propager, temps perdu à les ériger et à les épiloguer,
» temps perdu à les combattre, temps perdu à les ressus-
» citer sous un autre nom. »...... Ce charivari des doctri-
nes, cet éternel conflit des opinions (de la partie conjec-
turale de la médecine) prêtèrent toujours un argument au
Pyrrhonisme médical (qui l'appliqua à contre-sens à la
partie substantielle de la médecine).

Il faut l'entendre vanter la lecture : « Mille médecins,
» disait Rhazès, ont travaillé depuis mille ans à la perfec-
» tion de la médecine ; c'est en lisant leurs ouvrages avec
» attention qu'on s'instruira pendant une partie de sa vie
» de plus de choses qu'en courant de malade en malade
» pendant toute sa vie, pendant des siècles !... Les deux
» chefs auxquels on doit rattacher un plan d'études, ce

» sont la clinique et la lecture, ou l'expérience *propre* et » l'expérience *indirecte*... Mais que penser de ces méde- » cins dont il a été dit : *Crumenas plus diligunt quam » animas*? Nous ne lisons jamais en vain, dit Zimmer- » mann, pourvu qu'en lisant, nous ayons toujours une » plume ou un crayon à la main... Notre première lec- » ture de chaque jour appartient aux sujets relatifs aux » maladies que nous avons en traitement. Notre seconde » doit être consacrée à revoir successivement l'anatomie, » la physiologie, etc. Après avoir lu une page ou un » chapitre, il faut y rêver et enregistrer ce qu'on a » rêvé. »

Que répondront au docteur Munaret les médecins qui ne prennent point de notes? « Sans les écritures, les im- » pressions si fugaces et si ténues de chacune de nos ma- » tinées ne sont-elles pas effacées sur le sable par la brise » de chacun de nos soirs?... Trouvez-moi un seul méde- » cin qui puisse rapporter, en respectant leurs détails es- » sentiellement respectifs, les cas soumis à son observation » et confiés à sa mémoire, je ne dis pas pendant dix ou » vingt ans, mais pendant une seule année de sa prati- » que?... Pour quelques onces de poivre ou quelques li- » vres de sucre, un épicier tient des écritures, afin de » pouvoir à la fin de chaque année inventorier les profits » et les pertes, » et un médecin n'en tiendrait pas pour in- ventorier ses succès et ses revers, lorsque chaque succès ou chaque revers est la vie ou la mort d'un homme! — Mais je n'ai pas une minute à moi pour ouvrir un livre ou écrire un livre. — J'aimerais autant que vous me répon- dissiez que vous n'en avez point pour manger. Le stu- dieux docteur Munaret leur démontre, à ces confrères

affairés, le temps qu'ils perdent au lit, à table, au jeu, à courir, à baguenauder, à cancaner, etc.

Et à ce sujet, on se souvient de la belle réponse d'Alexandre-le-Grand aux courtisans qui demandaient comment Philippe, son père, avait trouvé, au milieu des camps, le temps d'écrire tant de choses relatives au gouvernement de son royaume, à l'éducation de son fils, au plan de ses campagnes, à la discipline de ses armées et à la politique à suivre dans les provinces conquises : — Le temps, répondit Alexandre, que nous passons à table, au jeu et au lit.

On demandait aussi comment Jules-César avait trouvé au milieu des camps le temps d'écrire ses immortels commentaires : — Dans sa litière, d'un champ de bataille à l'autre, répondit un de ses vieux capitaines.

« Quand au milieu d'une lecture, un client m'appelle, » j'invite mon cher livre à se promener avec moi, si le » temps et le chemin le permettent... *Dis-moi qui tu fré-* » *quentes et je te dirai qui tu es.* On peut commenter ce » proverbe de la manière suivante : Confrère, dis-moi ce » que tu lis, je te dirai ce que tu sais. »

Les ignorants ont honte de consulter un livre en cas de doute, soit dans leur cabinet, en donnant une consultation, soit même à la campagne, dans un cas grave; les savants ne connaissent pas ce respect humain-là. Le docteur Munaret est du nombre des derniers. « Je suppose, » dit-il, qu'on vous mande très à la hâte pour un accident » grave, pour un accouchement difficile, pour l'examen » juridique d'un cadavre, vous emportez votre livre et vous » pouvez partir en toute sécurité. J'ai connu des confrè-

» res qui sauvèrent ainsi une mère et son enfant, un mal-
» heureux empoisonné par imprudence, etc. »

L'auteur nous offre ici une très-longue et très-belle liste d'une excellente bibliothèque où chaque ouvrage est accompagné d'un jugement concis sous forme de sentence, qui a une tournure très-piquante, et le plus souvent très-vraie. Exemples :

« HILDENBRAND, *Médecine pratique*, traduction de Gauthier. — Encore un intime à voir, à consulter tous les jours. Quel sagace praticien ! »

« ROCHE et SANSON. *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, 3e édition (contenant une nouvelle nomenclature, c'est-à-dire la bonne vieille nomenclature qu'on avait un moment bannie). — Petite encyclopédie de toutes les infirmités humaines avec leur traitement ; bibliothèque de plus d'un confrère prolétaire. »

« CABANIS. *Rapports du physique et du moral de l'homme.* — Chef-d'œuvre de haute philosophie. » Quoi ! la philosophie matérialiste, une haute philosophie ! Quoi ! vous, médecin spiritualiste dans tout votre livre, vous avez été à ce point séduit par le style de Cabanis et par beaucoup d'étincelles d'un brillant esprit qui s'enfonce à regret dans la matière ! Ce faux jugement est tombé de votre plume à votre insu, d'autant plus malencontreusement, qu'aujourd'hui, excepté feu *M. Broussais* (comme disait un jeune agrégé à la Faculté), il n'y a pas un grand homme, un grand médecin qui osât défendre le matérialisme de Cabanis : vous rétrogradez d'un demi-siècle.

« *Nouveau dictionnaire de médecine, chirurgie, etc.*, par Béclard, Chomel, etc. — L'impropriété des termes élémentaires d'une science, a dit Bernardin de Saint-

Pierre, est la première entorse donnée à la raison humaine ; elle la met dès le premier pas hors du chemin de la nature.» — *Fiat lux.*

Voici maintenant la description du cabinet d'études du médecin de campagne, de sa chère cellule : «O ma chère » cellule, ô mes livres ! Que souvent vous m'avez fait ou- » blier l'ingratitude des clients et l'incurable jalousie » de mes confrères ! Douce est la tâche de parler de vous.
» Il faut premièrement que la chambre où vous voulez » étudier soit propice à l'étude, *locum studiis aptum*, je » veux dire qu'elle doit être la plus tranquille, la plus re- » tirée, la plus indépendante de votre maison. C'est là » mon siége, disait Montaigne ; j'essaie à m'en rendre la » domination pure et à soustraire ce seul coin à la com- » munauté et conjugale, et filiale et civile. »

Il faut régler ses veilles un peu chaque soir et chaque matin, mais jamais trop. « Croyez-moi, mon ami, » Phébée est une usurière, et tôt ou tard vous seriez forcé » de lui payer intérêt et principal... Se coucher de bonne » heure, se lever de bonne heure, donne à l'homme santé, » richesse et sagesse, dit un vieil adage. Couchez-vous à » neuf heures et levez-vous à cinq, selon l'école de Sa- » lerne : *Surge quintâ, dormi nonâ, hic est morti vita* » *prona*... On doit quitter les soins du jour avec son ha- » bit. Je ne connais pas, dit Hufeland, de plus mauvaise » habitude que celle d'étudier dans son lit et de s'endor- » mir le livre à la main. » C'est le secret des maux de tête, des congestions cérébrales et des coups de sang.

LETTRE XII. — *Observations extraites du journal d'un médecin de campagne.*

OBS. XIV, *avec commentaires.* — La première, intitulée *démonomanie*, nous avait paru si bizarre et la maladie si bizarrement traitée, qu'elle nous avait prévenu défavorablement à l'égard des autres. Après avoir relu les treize autres observations, excepté la première que nous n'avons pas eu le courage de relire, nous les avons trouvées bien. On y reconnaît le médecin de campagne savant, zélé, studieux, ami de son état. Nous y avons surtout trouvé un esprit de franchise et de bonne foi médicale bien rare de nos jours, où les saignées coup sur coup et les purgatifs coup sur coup guérissent toutes les maladies *comme par enchantement.* On trouve aujourd'hui peu d'observations accompagnées de l'aveu suivant qui est joint à l'une de celles de M. Munaret : « J'avoue franchement que j'oubliai de recourir au stéthoscope pendant tout le cours de la maladie. » Très-bien, M. Munaret, j'ai foi dans vos succès à cause de l'aveu de vos fautes ; vous nous l'avez dit vous-même dans le courant de vôtre livre : « Le vieillard de Cos ne craignit pas d'avouer 23 décès sur 42 malades ; aussi mérita-t-il la confiance de tous les siècles. »

L'ouvrage finit comme il avait commencé (et continué), par une épigramme contre les officiers de santé et les jurys médicaux : « Bon Dieu ! les jurys médicaux ne sont-ils pas là ? Entrez, entrez, messieurs, il n'en coûte que la bagatelle de..., et la précaution de laisser à la porte de la salle sa conscience et son chapeau. »

Maintenant, un seul mot à la hâte sur ce livre en finissant. Un médecin de campagne, plein de bonne volonté, de zèle, de foi dans la science, d'amour pour son état, de compassion sur l'état déplorable de la médecine des campagnes, exilé comme Zimmermann au milieu des montagnes, confie à sa plume ses gémissements et ses espérances, le fruit de ses immenses lectures et de ses judicieuses remarques; il les confie avec feu, originalité et sentiment, avec éloquence même, malgré beaucoup d'expressions qui sentent le romantique, le néologisme et l'oubli de plusieurs règles du langage. Il n'a pas assez de charité pour les défauts de ses confrères. Il semble ne pas comprendre très-bien le catholicisme et son immense mission au milieu des campagnes.

Quel jugement porterons-nous sur son livre?

Nous le laisserons à juger au lecteur, et nous nous contenterons de déclarer franchement que notre plus vif regret, c'est de n'avoir pas un tel médecin pour collègue et voisin, et que les landes de Bretagne soient si loin des montagnes du Bugey.

V....,

Médecin de campagne.

Nouveaux éléments d'hygiène, par M. Charles Londe, membre de l'Académie royale de médecine, etc. — Paris, 1838, deux vol. in-8°. *Seconde édition entièrement refondue.*

Quoique nous ayons aussi traité de *l'hygiène*, mais principalement dans ses rapports avec *l'état social des na-*

tions et la civilisation moderne; ou relativement à la législation civile et politique, ce point de vue diffère assez de celui de M. Londe, et des autres écrits sur cette partie de la médecine, pour qu'il nous soit permis d'en rendre compte avec pleine liberté d'esprit.

Toute personne peut, l'ouvrage de M. Londe à la main, gouverner jusqu'à un certain point sa santé, ou, comme il s'exprime lui-même, *diriger ses organes dans l'exercice de leurs fonctions*. On a dit quelquefois qu'il suffit, pour se bien porter, de se laisser aller à la *bonne nature*; mais qui ne sait à quel point l'entraînement des passions et les exigences de la vie sociale éloignent la plupart des hommes des directions de cette *bonne nature*, et les livrent pour ainsi dire sans défense aux intempéries atmosphériques et à mille autres causes journalières de maladies qui déciment les populations?

Il faut donc que la science rectifie les actions de notre vie; qu'elle supplée à ce qui nous manque du côté de l'instinct conservateur, unique directeur de l'existence chez les animaux sauvages. D'ailleurs, l'animal est vêtu par la nature; habitué à la perpétuelle variation des températures, il sait mieux que nous les prévoir ou du moins s'en garantir et s'y endurcir. Ses besoins sont plus limités; ses aliments, plus simples, moins apprêtés, ne l'excitent jamais au-delà du nécessaire; l'époque de ses amours est fixée, et il n'en transgresse point les lois par des excitations désordonnées. Circonscrit dans le cercle uniforme que la nature lui a tracé, l'animal vit satisfait de cette destinée, sans tourments passionnés, sans désirs qui le transportent dans une sphère d'ambition et de fatigues.

comme celle où s'agitent les humains et où se consume leur frêle existence.

L'ordre préféré par M. Londe, dans son travail, est celui que M. Moreau de la Sarthe avait proposé : la classification physiologique de nos fonctions. Ainsi, ces *Élémens d'hygiène* présentent deux principales divisions ; la *première* comprend le système des organes dépendants de l'axe nerveux ou cérébro-spinal, c'est-à-dire tous ceux de la vie de relation, les cinq sens, la surface extérieure du corps, comme organe du toucher, l'appareil musculaire, enfin tout ce qui nous met en rapport avec le monde extérieur par nos facultés intellectuelles et morales et par les actes de la volonté. Les fonctions reproductives sont classées par l'auteur dans cette section, et considérées comme fonctions de relation. Enfin, le sommeil ou le repos de la vie de relation termine cette partie de l'ouvrage.

La seconde division comprend la *vie végétative*, appelée aussi *organique* et de *nutrition*, qui appartient à tous les êtres comme condition première de l'organisme. Elle complète l'ensemble des fonctions en s'occupant des organes digestifs, de l'appareil respiratoire et des fonctions sécrétoires et excrétoires.

Sans doute, cet ordre, calqué pour ainsi dire sur les belles divisions établies par notre illustre Bichat, offre un cadre magnifique à remplir ; cependant les règles de l'hygiène doivent se plier à bien d'autres exigences. Tous les corps ne déploient-ils pas leur *tempérament* particulier, leur *idiosyncrasie* ? Les *forces constitutionnelles* ne sont-elles pas variables selon les *âges*, les *sexes*, les *habitudes* ou les *professions* ? Ne subissent-elles

point d'autres variations suivant les *climats*, les *saisons*? N'apportent-elles point encore des *dispositions héréditaires* et bien d'autres sources d'*incommodités* et de *précautions* spéciales? C'est pourquoi M. Londe fait précéder son ouvrage d'importants prolégomènes, qui toutefois nous semblent trop succincts, sur ces diverses circonstances de l'application de l'hygiène; mais il y joint des préceptes fort judicieux sur l'emploi des divers excitants de nos organes. Nous ne saurions accepter sans quelques restrictions plusieurs principes dont l'application entraîne, à notre avis, dans une fausse route, et sur lesquels nous reviendrons à la fin de cet article.

Nous n'aurons que des éloges à donner sur tout ce qui concerne l'hygiène des *sens externes*; les préceptes nous en paraissent exacts et conformes aux besoins naturels comme à la perfection de ces organes. Dans la section qui s'occupe de l'*hygiène de l'encéphale*, l'auteur, suivant les opinions développées par le docteur Gall, distribue les facultés sous les noms d'*instincts* de propagation, de propriété, de destructivité, de ruse, d'amour-propre, de circonspection; de localité, de musique, de calcul, etc. Quoique M. Londe fasse bonne composition des protubérances du crâne et n'accorde pas une position bien déterminée à chaque région (l'expérience a donné trop de démentis à cet égard); ce qu'il admet de la doctrine phrénologique ne pourrait encore, ce nous semble, supporter une discussion physiologique sérieuse. Aucun des prétendus organes n'est limité ou circonscrit dans son existence matérielle ni dans ses attributions. Il nous paraît donc impossible d'asseoir sur une pareille base des principes de l'hygiène. Les recherches modernes les plus

exactes sur les fonctions du cervelet, par exemple, loin de prouver, comme le prétendent les physiologistes, qu'il soit le moteur primitif de l'instinct de la propagation, lui attribuent toute autre faculté. Et qui ne sait pas, d'ailleurs, que, dans le règne animal, les classes les plus nombreuses, les plus fécondes, tous les invertébrés, sans exceptions, zoophytes, mollusques, vers, insectes, crustacés, etc., sont précisément dépourvus du cervelet. Ce n'est pas ici le lieu de discuter sur le siége des passions que M. Londe, d'accord avec Georget et Gall, confère uniquement à l'encéphale, ni sur l'origine de nos facultés intellectuelles, qu'on fait émaner simplement des sensations extérieures, avec Locke et Condillac, en y ajoutant les impressions intérieures, instinctives, d'après Cabanis et Tracy. Toutes ces opinions de la philosophie dite *sensualiste*, exposées d'ailleurs avec clarté et fidélité, nous semblent conduire à des résultats contraires au but de l'hygiène, comme nous le démontrerons plus loin.

La partie de l'ouvrage de M. Londe qui traite de l'appareil locomoteur présente un résumé succinct et exact des différents exercices de nos membres, en général, en y comprenant ceux de l'organe vocal. Cependant, il ne sera pas inutile de compléter ce travail par la lecture de la *gymnastique médicale* du même auteur, à cause de la brièveté de quelques articles qui auraient mérité plus d'extension, bien que les principes en soient parfaitement posés. On aurait pu y montrer que le développement de la vigueur musculaire par l'exercice, dans les professions athlétiques et par une nourriture appropriée, dissipe la pusillanimité du caractère plus certainement

encore que les préceptes contre la poltronnerie, conseillés (tome I, p. 200) pour exalter la bosse prétendue du courage.

Le second volume, consacré particulièrement à l'hygiène des organes digestifs et aux fonctions qui en dépendent, n'est pas le moins intéressant, quoique la méthode adoptée ait forcé de placer (à tort selon nous) parmi les exonérations excrémentitielles le produit à terme de la conception.

Nous ne suivrons point les savants détails dans lesquels entre M. le docteur Londe sur la nature et les qualités des aliments animaux et végétaux, leurs altérations et leurs préparations; tous sont puisés aux meilleures sources et exposés avec beaucoup de soin; il en est de même des diverses boissons; et l'auteur ne conseille pas plus la privation absolue des liquides fermentés, par crainte des gastrites, que l'excès contraire toléré par les disciples de Brown dans quelques circonstances.

En examinant les fonctions respiratoires, M. Londe a dû s'occuper aussi de l'atmosphère et de ses effets sur nos corps; il confirme à cet égard les recherches de M. Edwards, et discute les effets des divers climats sur la transpiration et le cours de nos humeurs. Les altérations de l'air, par des gaz, dans les mines, par les émanations des égoûts, cimetières, voiries, marais, etc., sont traitées aussi d'après les connaissances chimiques les plus modernes. L'histoire des miasmes émanés des corps vivants, et des contagions, offre d'utiles observations, ainsi que le chapitre consacré aux professions nuisibles. Nous croyons que toute cette section est l'une des mieux travaillées de l'ouvrage.

Il y a pareillement de fort bonnes recherches dans la suivante, qui expose l'hygiène des organes sécréteurs ; mais elle nous paraît réunir des objets disparates, comme les vêtements et les excrétions, l'accouchement après les bains, etc.

A cette occasion, nous regrettons que l'auteur ait cru pouvoir admettre (t. I, p. 50) l'histoire d'un prétendu enfant électrique qui aurait donné une commotion à l'accoucheur d'une femme de la ville de Douai.

Nous n'avons dissimulé, comme on le voit, aucune des imperfections que nous avons cru reconnaître dans ce travail, d'ailleurs exact et consciencieux. Mais il est une autre question relative au système dans lequel sont conçus la plupart des traités sur l'hygiène de notre temps. Elle est assez importante pour qu'on nous permette de l'examiner brièvement.

Le siècle actuel, dit-on, est porté à la sensualité, à la recherche de toutes les jouissances qui suivent le raffinement de la vie sociale et les progrès de l'industrie. L'hygiène moderne doit donc avoir pour but de s'accommoder à cette propension si universelle ; le monde veut être flatté, caressé dans tous ses penchants ; on doit surtout lui épargner les moindres douleurs. A la bonne heure ! nous sommes loin de nous faire l'apologiste de l'austérité et de la rudesse des mœurs antiques, et il ne nous appartient point de censurer les goûts et les habitudes de notre temps. Mais ici s'élève une question plus importante, celle de savoir si l'hygiène doit tendre à régulariser en quelque sorte, ou bien à réprimer les habitudes trop sensuelles de notre temps, en un mot, si elle doit se proposer

de rendre la vie *courte et bonne*, comme on dit, plutôt que *longue et robuste*.

Il nous serait facile de prouver par divers traités modernes sur l'hygiène, que la méthode épicurienne est préférée aujourd'hui ; je n'en ferai donc point un sujet de reproche particulier au travail de M. Londe, qui ne veut pas, lui aussi, qu'on oblige les enfants à s'habituer aux mets qui leur déplaisent ; qui est porté à admettre que la variété fréquente, continuelle, est un excitant favorable en amour comme à table, etc. Ne dirait-on pas que la science hygiénique actuelle a pour but, comme *feu* le saint-simonisme, de préconiser *la réhabilitation de la chair ?*

Cependant, a-t-on bien pesé les inconvénients et les avantages de ce régime de sensualité, de délicatesse ? N'est-il pas évident qu'en favorisant trop cette pente déjà si glissante vers les plaisirs énervants, les abus et les excès de tous genres, il en résultera une ruine inévitable de toute vigueur physique et morale ? Ai-je besoin d'invoquer ici les tristes exemples que nous a légués le XVIIIe siècle dans ses plus honteux débordements, qui ont flétri, rabaissé les classes les plus élevées, depuis les saturnales des *roués* de la Régence, jusqu'aux *petites maisons* de délices des grands seigneurs, avant nos tourmentes révolutionnaires ? Si l'homme, sur cette terre, pouvait compter sur la durée de ses jouissances, je comprendrais qu'il tournât vers elles toutes ses pensées, et que dans l'enivrement qu'elles lui causent, il s'y plongeât de toute sa puissance, dût-il périr, comme l'insecte éphémère, au sein même de la volupté. Mais qu'au milieu des hasards périlleux qui nous entourent, dans

cette société si menacée de bouleversements et d'instabilité pour les fortunes, rien ne soit préparé pour soutenir, dans l'adversité, dans les privations, dans les misères, l'homme que le sort y précipite, c'est l'exposer à des douleurs intolérables, qui le conduisent au désespoir et au suicide. Le voilà donc cet être énervé par les plaisirs pendant ses jours de prospérité; il est lâche, il rampe, il gémit, se désespère; tandis que le rustre, élevé à la sévère école de la pauvreté, grandit, se fortifie par le travail, la sobriété, éléments de sa future élévation.

Et n'est-ce point par une mâle éducation, par une nourriture simple, dont l'appétit, aiguisé par l'exercice, fait le meilleur assaisonnement, et par l'éloignement de toute volupté prématurée, qu'on suscitera des générations robustes, laborieuses, énergiques de corps et d'âme, ne redoutant ni la fatigue ni la douleur? Certes, les peuples vaillants qui brillèrent sur la scène du monde n'eurent pas d'autre hygiène; et ce n'est pas sans raison que notre illustre Montesquieu accuse l'épicuréisme d'avoir contribué à la décadence de la grandeur romaine, tandis que l'austère stoïcisme en retardait la catastrophe. C'est ainsi que Zénon vécut jusqu'à quatre-vingt-douze ans, comme Caton-le-Censeur et la plupart des hommes d'un magnanime caractère, tandis que la foule ignoble des voluptueux qui compose la population efféminée des grandes villes est chaque jour dévorée par des maladies, ou dégradée par des infirmités dégoûtantes, fruits amers de la débauche.

Il est donc bien manifeste que l'hygiène doit tendre à fortifier l'organisme par de bonnes habitudes de sobriété

et de continence, en même temps qu'elle doit exercer l'homme dès son bas âge à lutter contre les intempéries atmosphériques jusqu'au degré compatible avec l'énergie originelle de chaque individu. L'homme ainsi élevé est prêt à tout et sait vivre aussi bien à Lacédémone qu'à Sybaris : athlète prêt à tous les combats de l'existence, il s'avance libre et fort dans la carrière. M. Londe l'a parfois compris dans son ouvrage, et nous l'en félicitons ; il a montré lui-même un courage honorable en plusieurs circonstances. Son livre, qui mérite nos éloges, ne pourra que gagner, dans ses éditions ultérieures, à développer les avantages d'un régime plus mâle et plus fortifiant que celui dont nous voyons les tristes effets dans ces temps de mollesse et de corruption qui signalent le dernier terme de la civilisation.

J.-J. VIREY.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Du cuivre et du plomb comme éléments des organes. — Revaccination. — Anesthésie par affection de la cinquième paire. — Luxation incomplète de la hanche. — Traitement des fractures par l'appareil inamovible en papier amidonné. — Nature de la fièvre typhoïde. — Sulfate de quinine employé en pommade contre les fièvres pernicieuses.

Annales d'Hygiène publ. et de Médecine légale. (Octobre 1838.)

« *Du cuivre et du plomb*, comme éléments des organes de l'homme et des animaux : modifications qu'il y a lieu d'apporter dans les procédés d'analyse propres à constater les

empoisonnements par ces deux métaux; par MM. Alph. Devergie et Osmin Hervy. — Le 9 avril 1838, M. Devergie fut chargé par M. Bertelin, juge d'instruction, de procéder avec MM. Orfila et Ollivier d'Angers à l'analyse du canal intestinal de la dame Leleu, décédée près Amiens, et que l'on supposait avoir été empoisonnée par son mari. Les expériences faites dans le laboratoire de M. Devergie conduisirent les experts à conclure qu'en effet la dame Leleu avait succombé à un empoisonnement par un composé cuivreux.

»Le 2 août suivant, M. Devergie fut chargé ainsi que M. Ollivier, par M. Berthelin, juge d'instruction, d'une opération analogue à l'égard de l'estomac et des intestins d'un sieur R..., décédé à M... (Cantal). Ayant obtenu des quantités assez considérables d'un composé cuivreux, ils élevèrent des présomptions d'empoisonnement, en rapprochant ce résultat analytique des symptômes et des altérations de tissu qui avaient été signalés, et par les médecins chargés de donner des soins au sieur R..., et par ceux qui avaient judiciairement procédé à l'ouverture du corps.

»Cette coïncidence de deux empoisonnements par la même matière vénéneuse, à une époque très-rapprochée l'une de l'autre, frappa M. Devergie, et comme il s'occupait alors avec M. Hervy de quelques recherches analytiques sur l'estomac et sur les intestins de l'homme, leur attention fut naturellement fixée sur la composition des cendres que donnent ces organes, lorsqu'ils appartiennent à des individus qui ont brusquement et naturellement passé de la vie à la mort.

»Ce ne fut pas sans surprise qu'ils reconnurent l'existence du cuivre et du plomb, en proportion relative variable chez les individus. Des analyses furent faites sur des hommes et des femmes de divers âges, ayant péri soit de mort subite, soit de suspension. Ils ont aussi retrouvé ces

deux métaux chez l'homme malade. Ils les ont constatés chez des enfants de quinze ans, de vingt mois, de vingt jours, et enfin chez un enfant nouveau-né à terme. Enfin, ils ont retrouvé ces deux métaux, dans plusieurs organes et tissus de l'économie.

»Les 14, 18 et 21 septembre, M. Devergie fut chargé soit avec M. Orfila, soit avec M. Ollivier, soit avec M. Bayard, par divers juges d'instruction, d'analyses en matière d'empoisonnement. Dans ces trois cas, le cuivre et le plomb furent constatés, et dans l'un d'eux, l'arsenic avait causé la mort.

»Nous ajouterons qu'à partir du 14 septembre, M. Devergie a modifié le procédé généralement employé auparavant dans les analyses judiciaires. Au lieu de rechercher le cuivre et le plomb dans les cendres, comme on le faisait autrefois, il traite directement les tissus par l'eau fortement aiguisée d'acide acétique, et il les fait bouillir dans ce liquide, en sorte qu'il évite de cette manière les erreurs auxquelles l'incinération pouvait conduire.

»Il y a dix huit mois environ, M. Devergie avait été chargé avec MM. Ollivier et West de l'analyse du tube intestinal d'un homme et de celui d'un chien qui était mort quelques jours auparavant : il avait retrouvé dans l'un et dans l'autre du plomb. Les symptômes morbides offerts par cet homme étaient en rapport avec la présence du plomb dans les organes, en sorte que la femme de cet homme qui avait des rapports avec un autre individu, resta pendant six mois sous la prévention d'un empoisonnement.

»MM. Devergie et Hervy continuent leurs recherches. Ils se proposent de déterminer la proportion de ces métaux dans les divers tissus et organes, de rechercher la modification la plus avantageuse à faire subir aux procédés

anciens pour constater les empoisonnements par les préparations cuivreuses et saturnines, et notamment s'il y a lieu de s'adresser aux acides acétique, tartrique, chlorhydrique ou aux chlores; et enfin de déterminer quelles peuvent être les sources de ces deux métaux comme éléments et partie intégrante de nos organes. «

L'Expérience (Octobre 1838.)

De la revaccination; par M. Dezeimeris. — Deux faits fondamentaux ont fait naître l'idée que la préservation vaccinale pouvait n'avoir qu'une durée limitée, et qu'il pourrait devenir nécessaire de retremper sa puissance à des époques plus ou moins éloignées. Ces deux faits, les voici : 1° La variole, quoique préservatrice de la variole, ne met pas *absolument, et pour toujours*, à l'abri de ses propres atteintes; les récidives ne s'observent jamais coup sur coup : elles n'ont lieu qu'à une époque éloignée de la première attaque de la maladie. La faculté préservatrice est donc au plus haut degré de sa puissance immédiatement après que le corps humain a été trempé par le principe du mal, et cette puissance va s'affaiblissant à mesure qu'on s'éloigne de cette époque.

2° La pratique de l'inoculation de la variole avait appris que le virus variolique, puisé dans les pustules d'une variole *inoculée*, déterminait une variole plus bénigne que celui d'une variole spontanée; que ce virus devenait de plus en plus bénin par des *transplantations* successives, d'où il était permis de conclure, avec quelque probabilité, que, s'affaiblissant dans la faculté de se reproduire, il perdait aussi de son énergie dans la faculté de préserver.

Ainsi, les plus fortement atteints, ceux qui meurent, ceux en qui, par conséquent, ne subsiste plus, ni le privilége d'être préservé de la maladie, ni la faculté qui en aurait du moins mitigé la violence quelques années plus tôt, ceux-là sont précisément ceux qui se trouvent le plus éloignés de l'époque où ils avaient été vaccinés. Dans les réflexions qui suivent, M. Dezeimeris démontre, en s'appuyant sur des faits, que la vaccine avait été pourtant soigneusement pratiquée, et *bonne*, comme on le dit, sans arrêter en rien, à de certains intervalles, l'invasion de la maladie chez ceux que le préservatif jennérien semblait en mettre pour toujours à l'abri.

Et comme pour fournir la contr'épreuve, les sujets que la frayeur de l'épidémie de 1825 avait fait revacciner purent traverser de nouvelles épidémies non moins violentes, et même beaucoup plus meurtrières, sans en éprouver la moindre atteinte. Ces faits sont d'une grande importance. La revaccination conserva le même privilége dans les épidémies de 1830, 1832, 1835.

En consultant les documents recueillis en Suède, on voit également des épidémies de variole atteindre des individus vaccinés; on voit que ces individus étaient tous âgés de plus de quinze ans, et avaient été vaccinés dans les premiers temps de l'introduction de la vaccine en Suède. En ayant égard aux mêmes résultats statistiques, on voit que la vaccine était *absolument préservatrice* quand elle datait de moins de 10 ans; *simplement protectrice* quand elle était plus ancienne de quelques années; enfin, *insuffisante* plus tard pour empêcher une atteinte même mortelle de la variole.

M. Dezeimeris se propose de rassembler encore de nombreux documents empruntés à d'autres pays; mais il ne croit pas prématurément conclure en disant:

1° Que la variole préserve de la variole d'une manière

absolue pendant quelques années; puis, que sa vertu préservatrice, n'empêchant plus une seconde atteinte, se borne à modifier la maladie d'une manière de moins en moins sensible; enfin, qu'au bout d'un certain temps, elle n'empêche la variole ni de paraître, ni de suivre sa marche naturelle, ni de tuer le sujet.

2° Que la même chose peut se dire exactement de la vaccine.

3° Que la revaccination jouit, quant à la faculté préservative absolue, de la même puissance que la variole et la vaccine; qu'elle réussit d'autant plus sûrement que l'individu sur lequel on la pratique est éloigné de l'époque où il eut, soit la variole, soit la vaccine; d'autant mieux, par conséquent, qu'elle est plus nécessaire.

Il convient d'ajouter que, selon toute apparence, l'observation des épidémies ultérieures nous apprendra que la faculté préservative dont elle jouit n'est que temporaire, de même que celle de la variole et de la vaccination première.

En conséquence de tout cela on est forcé de déclarer, ajoute en terminant M. Dezeimeris, *que l'expérience et la raison font une loi de prescrire la revaccination et de s'attacher à la propager avec le même zèle que la vaccine.*

Cette conclusion et les faits sur lesquels elle s'appuie, de même que ceux auxquels l'auteur nous renvoie, méritent d'être longuement examinés et discutés. Ce n'est point une question de pure curiosité scientifique: elle est capitale; on ne saurait donc s'entourer d'assez de documents pour lui trouver, sinon une solution parfaite et complète, ce qui nous semble difficile dans l'état actuel de la science, mais au moins suffisamment éclairée en théorie et surtout rassurante en pratique.

Gazette médicale (Octobre 1838).

I. *Remarques sur un cas d'anesthésie ayant sa source dans une affection de la cinquième paire*; par le **docteur Romberg**, **professeur de médecine à l'université de Berlin.** — De nombreuses recherches ont été faites dans ces derniers temps sur les attributions des nerfs de la face, et l'on peut considérer aujourd'hui comme démontré que la principale fonction de la *cinquième paire de nerfs* est de présider à la sensibilité de toutes les parties de la face dans lesquelles elle se ramifie. L'anatomie pathologique a plusieurs fois confirmé dans l'espèce humaine ce que les physiologistes avaient constaté sur les animaux au moyen des vivisections. De pareilles observations sont toujours dignes d'intérêt et précieuses à conserver : à ce titre, nous allons rapporter celle de M. Romberg, relative à un cas de lésion partielle de la cinquième paire, suivie d'anesthésie locale et circonscrite dans les limites des parties auxquelles la branche nerveuse lésée se distribuait. L'on verra avec quelle précision le diagnostic avait été établi. Cette observation semblerait en outre confirmer l'opinion des physiologistes qui considèrent le *nerf lingual* comme présidant au *sens du goût*, contrairement à ceux qui ne regardent ce dernier nerf que comme l'agent de la *sensibilité* de la langue, et réservent pour le *glosso-pharyngien* la fonction spéciale de la *gustation*.

« Observation. — Une veuve, âgée de quarante-deux ans, avait fait il y a quatre ans, en portant un panier chargé, une chute grave de dessus un escalier par derrière sur l'occiput. Un an après, le flux menstruel s'arrêta. Depuis ce temps, elle a été sujette à des attaques convulsives d'é-

tressuement qui, augmentant depuis peu de fréquence et d'intensité, l'empêchèrent de dormir et furent excitées par la moindre cause. L'exploration des fosses nasales ne fit découvrir rien d'anormal; les antécédents me disposant d'ailleurs à chercher la source du mal à l'intérieur même du crâne, j'examinai de suite, relativement à leur sensibilité, les parties du domaine de la première et de la deuxième branche, sans cependant rien trouver d'insolite. Il n'en fut pas de même de la troisième, celle-ci offrant le phénomène de l'insensibilité sur tout son trajet. Je vais résumer les expériences souvent répétées sur cette personne dans le courant des deux dernières années, tant devant les élèves qu'en présence de M. le professeur Muller et d'autres de mes confrères. J'avais la précaution, dans ces expériences, de faire fermer les yeux à la malade, pour être à l'abri d'une simulation de sa part, et pour éviter l'effet que produirait sur elle la vue d'un instrument pinçant, effet qui est souvent la cause d'erreurs. — La moitié gauche de la lèvre inférieure et le côté gauche du menton, pincés avec une aiguille à vaccination, se montraient complètement insensibles; de même la partie interne du pavillon de l'oreille gauche, qui était privée de sentiment à un si haut degré, que l'introduction d'une bougie allumée restait tout-à-fait inaperçue. La même insensibilité se remarquait à la peau de la tempe gauche, au voisinage des cheveux. La moitié gauche de la langue, dont ni la pointe, ni les bords, ni le centre ne furent affectés par des pincements, y participait également; la chaleur ni le froid n'y produisirent aucune impression. A droite, toutes ces parties jouissaient de la plus parfaite intégrité, et même à gauche, les parties ne recevant pas leurs nerfs de la troisième branche se trouvaient être parfaitement sensibles; de sorte que, par ce moyen, je réussis à marquer avec

exactitude les limites de cette branche nerveuse. Si l'on pinçait la peau de la région temporale un peu plus vers le front, la malade tressaillait aussitôt, parce qu'on avait atteint le domaine de la branche frontale. En pinçant la peau de la mâchoire inférieure près du menton, la malade se plaignait d'une vive douleur, car les cutanés superficiels du troisième nerf cervical étaient en pleine possession de leur sensibilité. Quant au goût, il manquait dans la moitié gauche de la langue. Les substances les plus hétérogènes, tant solides que liquides, appliquées sur cette partie de la langue, ne déterminaient aucune impression, tandis qu'à droite, le goût était intact. La malade ne bougeant pas lorsque je lui mis un peu de poudre de coloquinte sur le côté gauche de la langue, fit la grimace dès que la poudre fut appliquée sur le côté droit, en s'écriant : « Ah! que cela est amer! » en tâchant de se débarrasser de l'impression à force de cracher. Il en fut de même des substances salées et acides. La motilité du *côté gauche de la* face étant normale, les mouvements respiratoires, mimiques et masticatoires se faisaient également bien à droite et à gauche. La même chose doit se dire des fonctions vocales et masticatoires de la langue. La nutrition du côté gauche n'avait subi aucune altération. Il y avait les mêmes dimensions, la même température et la même coloration des deux côtés. Le sang coulait des petites plaies aussi bien et aussi abondamment du côté gauche que de l'autre; des deux côtés, la langue était également chargée et humide.

» De ces faits, les conclusions suivantes me semblent ressortir : l'anesthésie bornée à la *portio major* du trijumeau démontre une altération isolée de cette branche. C'est une compression, puisque l'anesthésie n'a pas été accompagnée de sensations douloureuses dans les parties affectées. La compression frappe la totalité de la branche,

l'ensemble de tous les filets primitifs, parce que l'abolition de la sensibilité a lieu partout dans son domaine, partout où elle est accessible aux expériences. Évidemment, la compression ne compromet pas le renflement ganglionnaire de Gasser, où se trouvent réunis les éléments de la troisième et ceux des deux autres branches sensitives de la cinquième paire ; car tout ce qui est du ressort des deux premières branches jouit de la plus parfaite sensibilité, et d'ailleurs les autres symptômes caractéristiques d'une telle affection manquent. La compression ne peut non plus affecter le tronc nerveux après la sortie du trou ovale du sphénoïde, parce qu'ici les filets moteurs de la *portio minor* sont agrégés aux filets sensitifs, de telle sorte que la compression les eût paralysés tous deux, ce que l'intégrité des mouvements masticatoires du côté gauche prouvait ne pas avoir lieu.

» Je fus donc conduit à diagnostiquer une compression de la troisième branche du nerf trijumeau, ayant son siége à l'intérieur du crâne, au-devant du trou ovale. Quant à la cause de cette compression, tout nous portait à croire que ce fut une intumescence de la dure-mère ou de l'os, de peu d'étendue, puisque la *portio minor*, quoique très-voisine, ne fut pas affectée du tout.

» La malade ayant succombé à une hydropisie, on trouva à l'autopsie que la troisième branche du nerf trijumeau gauche, à l'endroit où elle entre dans le trou ovale, était entourée à la surface externe d'un tissu rougeâtre et vasculeux, composé en partie de fibres, en partie de petites vésicules transparentes. Examiné plus scrupuleusement, ce tissu se montrait être une exsudation ou une excroissance du névrilemme se continuant du côté du cerveau avec la dure-mère, et de l'autre côté avec le névrilemme normal. Ce névrilemme était hypertrophié et rougi dans

tout l'espace que parcourt le nerf dans le sphénoïde, et même un peu plus en bas jusqu'à l'endroit où se trouve le *ganglion oticum*. Là où le névrilemme était altéré, le nerf parut tuméfié, d'une couleur jaunâtre, et peut-être un peu plus dur qu'ailleurs. Mais seulement la portion de la troisième branche, qui naît du renflement ganglionnaire, participait à l'altération ; la portion qui préside au mouvement passait sur son côté inférieur, libre de toute altération, et ne se joignait à la *portio major* qu'au-dessous de la partie altérée. »

II. *Mémoire et observations sur les luxations de la hanche, et en particulier sur un cas de luxation incomplète de cette articulation constatée par l'autopsie*; par M. Baron (d'Agen), interne à l'hôpital St-Louis. — Ce mémoire renferme quatre observations de luxations de la hanche, recueillies dans le service de M. le professeur Gerdy. Les trois premières sont relatives à deux cas de luxation directement en arrière (*sacro-sciatiques*), et à un cas de luxation en dehors et en haut (*iliaque*). Après les avoir exposées avec les détails les plus étendus, M. Baron discute les diverses opinions qui ont été émises par les chirurgiens sur ces deux espèces de luxations de la hanche, sous le rapport surtout de l'étiologie, de la symptomatologie et du traitement. L'ensemble de ces réflexions et de ces considérations pratiques est, pour ainsi dire, le résumé de ce qui a été publié sur ce sujet, et entre autres, dans ces derniers temps, par MM. Ast. Cooper, Gerdy, Laugier, Desprets, etc. — Quant à la quatrième observation du mémoire, relative à une *luxation incomplète* du fémur, M. Baron la considère comme unique dans la science et comme présentant beaucoup d'intérêt, à cause des discussions contradictoires qui se sont élevées depuis peu d'années sur l'existence de cette espèce de

luxation. Cette observation a été recueillie sur un ouvrier des carrières de Montrouge, dont le corps fut renversé en avant sur la cuisse gauche par la chute d'un bloc de pierre du poids de 300 livres. La cuisse était placée dans la flexion, l'adduction et la rotation en-dedans ; il y avait allongement de sept à huit lignes ; la fesse était arrondie et très-saillante à la partie inférieure ; on sentait, en cet endroit, au-dessus et en arrière de la tubérosité de l'ischion, une tumeur arrondie et dure, formée par la tête du fémur. La réduction fut facile : pour l'obtenir, l'extension fut pratiquée sur la partie inférieure de la cuisse, et ce membre fut porté dans la flexion sur le bassin. Le malade mourut d'une pneumonie, suite d'une fracture des côtes.

A l'autopsie, on trouva les muscles voisins de l'articulation sains, à l'exception du carré crural, déchiré en travers à la moitié supérieure ; la capsule orbiculaire largement ouverte à sa partie supérieure et postérieure, le ligament inter-articulaire rompu vers son milieu, le bourrelet cotyloïdien détaché de son insertion à l'os iliaque et déchiré sur sa longueur. On pouvait facilement reproduire la luxation sur le cadavre, en portant la cuisse dans la flexion, l'adduction et la rotation en-dedans. Dans cette nouvelle situation, la partie interne de la tête du fémur, devenue postérieure et externe, reposait sur le segment inférieur et postérieur du contour de la cavité cotyloïde et sur la partie voisine de la base de l'ischion.

III. — *Mémoire sur le traitement des fractures par l'appareil inamovible en papier amidonné de M. Laugier ;* par M. H. Aguilhon, ex-élève des hôpitaux de Paris. — L'idée de l'appareil inamovible remonte aux temps les plus reculés. Employé autrefois par les Arabes, il l'est encore aujourd'hui

en Espagne, en Afrique, au Brésil, en Corse,... etc... — En France, on trouve qu'il a été mis en usage, dans quelques cas seulement, par Belloste, Moscati, Ledran, jusqu'à ce qu'enfin M. Larrey généralisa cette méthode, et la mit en usage dans les camps, les hôpitaux et la pratique civile. Tout le monde connaît les heureux résultats obtenus par ce chirurgien célèbre et par ceux qui ont expérimenté son procédé. Il se servait d'un mélange, composé de blancs d'œufs fortement battus avec une certaine quantité d'eau-de-vie camphrée et d'eau blanche, pour imbiber les bandelettes de son appareil, dont il augmentait la solidité au moyen de fanons. A mesure que l'usage s'en est répandu, l'appareil de M. Larrey a subi d'heureuses modifications; et, en première ligne, il faut citer celle de M. Seutin, chirurgien de Bruxelles, qui consiste à rejeter les fanons et à remplacer le blanc d'œuf par la colle d'amidon. — Le procédé de M. Seutin a été modifié à son tour par M. le professeur Velpeau, qui a substitué la *solution de dextrine* à celle d'amidon, parce que la *dextrine* a la propriété de se dissoudre dans l'eau froide. — Arrivons maintenant à *l'appareil inamovible* proposé par M. Laugier, et expérimenté avec succès dans vingt-cinq cas de fractures diverses, simples ou compliquées, dont les observations sont consignées dans le mémoire de M. Aguilhon. Du *papier* et *de la colle d'amidon* sont les deux substances qui entrent dans sa composition. Deux espèces de papier ont été employées avec avantage : ce sont celles qui sont connues dans le commerce sous le nom de *papier goudronné*, et *papier grand-raisin bulle de Morel;* ce dernier est assez fort, collé et gris. — Pour construire l'appareil, on coupe le papier en bandelettes, dont la largeur varie d'un pouce et demi à deux pouces, et la longueur de seize à vingt-deux pouces, suivant le volume du membre et suivant qu'elles doivent être

appliquées parallèlement ou perpendiculairement à sa direction. On enduit préalablement de colle ces bandelettes sur leurs deux faces, et on en fait l'application exactement comme celle des bandelettes de *l'appareil de Scultet*. Cependant le nombre en doit être bien plus grand ; il faut, en effet, quatre couches de bandelettes pour que l'appareil ait la consistance nécessaire : pour en augmenter même la solidité, on place entre chaque plan des bandelettes longitudinales. — Dès que le membre est revêtu de l'appareil, on cherche à en opérer la dessiccation le plus tôt possible. Dans les saisons chaudes, on peut se contenter de laisser le membre exposé à l'air atmosphérique. Dans les saisons froides, ou chez des individus faibles et débiles, on hâtera la solidification à l'aide de linges chauds, de sachets remplis de sable chaud, ou de tout autre moyen analogue. Jusqu'à ce que la dessiccation soit parfaite, le membre fracturé doit être fixé dans une position immobile, au moyen d'attelles provisoires. — La durée de la dessiccation doit nécessairement varier suivant le degré de température ; le plus ordinairement, vingt-quatre heures suffisent. — Dans les cas de fractures compliquées de plaies, M. Laugier applique immédiatement sur le membre, et préalablement à son appareil de *papier amidonné*, une ou plusieurs couches de taffetas gommé. Le pus, se concrétant en partie sur les parois du taffetas gommé, empêche celui-ci d'être imbibé ; en sorte que le nouveau pus qui se forme, ne pouvant le traverser, vient sortir par l'extrémité la plus déclive de l'appareil, qui, n'étant pas imbibé, conserve sa forme et sa solidité.

Tel est le procédé de l'appareil inamovible de M. Laugier. Composé de substances d'un prix minime, faciles à trouver dans toutes les localités, il constitue une enveloppe solide, pour ainsi dire de carton, formée d'une seule pièce,

moulée exactement sur le membre; sa solidité, jointe à une grande légèreté et à une épaisseur médiocre, le rend très-propre à bien maintenir la réduction des fragments, et à permettre aux malades de se mouvoir sur leurs lits et même de marcher. Il sera à la portée de tous les malades, et même des gens pauvres et indigents, qui bien des fois sont dénués de linge. F. R.

Journal des connaissances médico-chirurgicales (Octobre 1838).

I.— *Mémoire sur la nature de la fièvre typhoïde;* par H. Thirial, D. M.—Les conclusions de ce long mémoire ne diffèrent pas notablement de celles qui sont admises par la majorité des médecins; elles sont tout-à-fait opposées aux idées des localisateurs *quand même*. L'auteur pense que, sous peine d'abjurer les notions les plus simples de la physiologie pathologique, il n'est pas permis de faire de la fièvre typhoïde une inflammation simple et primitivement locale de l'intestin grêle, une *entéro-mésentérite;* en cela il a grandement raison. Mais est-il rigoureusement dans le vrai en rangeant la fièvre typhoïde parmi les *fièvres primitives*, et la plaçant au milieu de celles qui ont leurs principales localisations sur le tégument interne, c'est-à-dire avec le typhus, la fièvre jaune, la peste, classe de fièvres primitives qui ne seraient qu'accidentellement contagieuses, suivant le docteur Thirial, différant déjà sous ce rapport d'une autre classe de fièvres primitives qui ont leurs manifestations caractéristiques sur le tégument externe, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine, etc.? Ces points d'une doctrine

déjà ancienne offriraient ample matière à discussion sans amener de grandes conséquences pratiques.

II.— *Du sulfate de quinine employé en pommade contre les fièvres intermittentes pernicieuses.*— Voici la formule de cette pommade :

Pr. Sulfate de quinine, 15 grammes.
Alcool de 38 à 40°, q. s., ou environ 30 grammes.
Acide sulfurique, q. s., 30 gouttes.
Axonge, 60 grammes.

La dose varie suivant les cas; elle est ordinairement de 12 grammes de pommade, ce qui équivaut à peu près à deux grammes de sulfate de quinine.

Cette dose doit être doublée, triplée même dans les cas graves.

On l'emploie en frictions aux aines, et on l'applique sous les aisselles; dans ce dernier cas, on place la pommade sur deux morceaux de taffetas gommé, qu'on applique sous les aisselles dont on remplit le creux avec du linge fin, et l'on maintient le tout avec des bandelettes de sparadrap et quelques tours de bande. Il est inutile de recommander avant tout de laver et de frotter légèrement les aisselles.

Plusieurs faits tirés de la pratique des docteurs Antonini et Flcschut justifient l'emploi du sulfate de quinine sous cette forme, et avec le choix convenable du temps opportun, lorsque l'état de l'estomac et des intestins contr'indique l'ingestion de ce médicament, en poudre ou en pilules, dans les voies digestives.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

Cas d'excision des côtes. — Ligatures de la carotide suivies d'hémiplégie. — Cas d'amputation simultanée des deux jambes. — De l'efficacité de la compression contre certains ulcères vénériens phagédéniques. — Du traitement de la coqueluche par la morphine à l'extérieur. — Laryngo-trachéite pseudo-membraneuse chez un adulte. — Fracture des cartilages du larynx. — Abcès derrière le pharynx qui a causé la mort par suffocation.

I. *Cas d'excision des côtes*, par le docteur Warren, de Boston. — *Première observation.* Le malade, âgé de quarante ans, habitait Boston, et avait pour médecin le docteur Bigelaw. Dans sa jeunesse, il avait été très-sujet à des accès d'asthme fort intenses, mais depuis deux ans, il en était guéri et jouissait de la meilleure santé, lorsque, pendant l'été de 1834, il fut pris de typhus. Lors de la convalescence, après six semaines de maladie, il fut pris d'une vive douleur dans le côté droit de la poitrine, au niveau de l'angle des sixième et septième côtes. Une petite tumeur ne tarda pas à paraître en ce point : après être restée stationnaire pendant quelques mois, elle s'ouvrit et fournit du pus sanieux en abondance. Au printemps de 1835, le docteur Warren fut consulté pour une ouverture fistuleuse qui avait persisté. En faisant pénétrer un stylet dans la fistule, il le dirigeait en bas et en arrière, et après un trajet d'un pouce environ, rencontrait un tissu résistant, mais point osseux. Cet examen causa beaucoup de douleur. Pendant l'hiver suivant, les douleurs augmentè-

rent, la respiration commença à être gênée, et le malade fut assez souvent pris de hoquets, ce qui semblait indiquer quelque relation entre le diaphragme et les parties affectées. Ne pouvant plus se livrer à ses occupations habituelles, perdant ses forces d'une manière graduelle, et éprouvant d'ailleurs de vives souffrances, il prit la résolution de se soumettre à une opération. Voici dans quel état il était quelques jours avant l'opération : faiblesse très-grande, impossibilité de se promener. Les digestions sont mauvaises ; il existe dans le point malade une douleur continuelle. On trouve en cet endroit une tumeur volumineuse, dure, immobile, présentant à sa surface une ouverture fistuleuse, à bords calleux. Lorsqu'on introduit un stylet dans cette ouverture, il pénètre très-loin ; il finit par rencontrer d'abord un cartilage, puis la portion osseuse d'une côte évidemment cariée.

Le 21 janvier, l'opération fut pratiquée en présence d'un grand nombre de médecins de Boston. Le malade fut placé sur une table, dans une position horizontale. Une incision de quatre pouces de long fut faite dans une direction oblique par rapport à la sixième côte. A chaque extrémité furent pratiquées deux incisions perpendiculaires à la première, de manière à obtenir deux lambeaux carrés. Les lambeaux furent alors disséqués, ce qui présenta quelque difficulté, à cause de leur forte adhésion aux parties sous-jacentes ; alors, on rencontra une substance cartilagineuse très-dure formant une volumineuse tumeur et altérant complètement l'aspect des parties, de manière à rendre difficile de reconnaître dans quelle direction il fallait chercher les côtes et les cartilages malades. Avec beaucoup de temps et de patience, cette substance cartilagineuse fut entièrement enlevée, tant avec le scalpel qu'avec la tenaille incisive, et l'on mit enfin à découvert les

parties malades. La sixième et la septième côtes étaient cariées, ainsi que leurs cartilages. Les côtes malades furent isolées avec beaucoup de soin des parties voisines ; une sonde passée derrière elles, et la plèvre, fort épaissie, fut séparée de leur face interne, ainsi que le diaphragme. Trois pouces de la septième côte et de son cartilage, et deux pouces de la sixième furent réséqués au moyen de la scie à chaîne et de la tenaille incisive. Il y eut peu d'écoulement de sang ; les artères intercostales n'en fournirent point : elles s'étaient probablement oblitérées pendant la maladie. La plaie externe qui avait été un peu agrandie pendant le cours de l'opération, fut réunie par le moyen de deux points de suture et de bandelettes agglutinatives. L'opération, quoique fort longue et dans certaines parties fort douloureuse, fut supportée avec un courage remarquable par le malade, qu'elle ne parut pas trop affaiblir.

Le deuxième jour de l'opération, il survint une douleur pleurétique fort intense, qui céda à une abondante saignée ; et au bout de quinze jours, le malade put se promener dans sa chambre : mais s'étant fatigué, il fut pris d'une affection érythémateuse développée entre la plaie et l'os iliaque, qui se termina par suppuration. Ce ne fut que lentement que le malade se remit de cet accident. L'été suivant, il alla à la campagne, éprouvant encore quelquefois des douleurs au niveau des côtes. Pendant son séjour à la campagne, sa santé se remit graduellement; et à son retour à la ville, la plaie était tout-à-fait fermée. Actuellement, cet homme jouit d'une santé parfaite.

Remarques. Une des plus grandes difficultés de l'opération fut d'enlever la masse de cartilage anormal qui recouvrait les côtes et masquait la disposition des parties au point d'empêcher qu'on pût procéder avec connaissance

entière de ce que l'on faisait. Ceci prit beaucoup de temps, et, contrairement à ce qu'on devait croire, les parties jouissaient d'une sensibilité très-vive. Une portion du diaphragme et la plèvre furent mises à nu; cette dernière offrait un épaississement très-considérable, circonstance heureuse; car sans cela il eût été fort difficile de la séparer des côtes sans pénétrer dans sa cavité.

Deuxième observation. — Le malade était un homme fort et bien portant, employé comme surveillant dans le haut Canada. Il y a six ans, sans coup ni chute, une petite tumeur dure parut à l'angle de la neuvième ou dixième côte. Depuis son apparition, elle a augmenté de volume d'une manière graduelle, et perdant chaque jour de cette dureté osseuse qui était primitivement son caractère. Elle avait une forme circulaire, un diamètre d'environ six pouces, et faisait une saillie d'environ deux à trois pouces au-dessus du niveau des côtes. Elle siégeait à la partie inférieure de la poitrine, recouvrant une portion des septième, huitième, neuvième et dixième côtes, auxquelles elle paraissait adhérer, surtout à la neuvième, qui paraissait plus affectée par les mouvements qu'on lui imprimait. La peau qui la recouvrait était parfaitement saine; le malade disait ne ressentir aucun inconvénient de cette affection.

L'opération fut pratiquée le 27 mars 1837 de la manière suivante : le malade fut placé sur une table, un peu incliné à droite, le tronc soulevé sur un oreiller pour faire saillir le côté gauche de la poitrine. Une incision longitudinale de cinq pouces de long fut faite sur la tumeur. De sa partie moyenne, on en fit partir une seconde perpendiculaire à sa direction; on obtint ainsi un double lambeau, qui fut disséqué; l'insertion du muscle oblique externe fut mise à nu et disséquée avec quelque difficulté, à cause de

ses fortes contractions. On découvrit ensuite le grand dorsal qui passait sur le bord externe de la tumeur. Sa dissection fut encore plus difficile et plus douloureuse que celle du muscle oblique, et elle amena une hémorrhagie. La tumeur étant enfin mise à nu, on vit qu'elle naissait de la neuvième côte, mais qu'elle adhérait intimement aux septième, huitième et dixième. Un scalpel fut passé avec soin derrière la tumeur, et ses adhérences aux côtes disséquées, en prenant beaucoup de précautions pour éviter de couper les muscles intercostaux et de pénétrer dans la poitrine. Comme la tumeur ne s'attachait pas à la côte par toute sa base, on pensa qu'on pourrait conserver une plus grande partie de cet os, en détachant d'abord la tumeur, puis la côte, qu'en les enlevant simultanément. La tumeur fut coupée à environ un pouce du cartilage; alors, on put voir son origine. Les muscles intercostaux incisés, et le diaphragme soigneusement séparé des côtes et de la plèvre, une spatule fut placée derrière l'os. Avec la tenaille incisive, une portion de côte de deux pouces environ fut séparée. Une portion de cartilage tenait à ce fragment de côte. Immédiatement, le diaphragme vint faire hernie dans la plaie. L'hémorrhagie était peu considérable et provenait en grande partie des muscles divisés. Aucune artère ne fournit suffisamment pour être liée. La plaie fut réunie par des points de suture et des bandelettes agglutinatives. Le malade était très-peu affaibli par l'opération. Il survint une réaction fébrile considérable, qui se développa et nécessita l'emploi d'une forte saignée. La plaie se réunit par première intention dans presque toute son étendue, et le malade reprend chaque jour ses forces, sans qu'il se soit montré de symptômes graves.

Dans ce cas, contrairement à ce qui existait dans le précédent, il n'y avait que très-peu d'épaississement de la

plèvre, circonstance qui rendit beaucoup plus difficile et dangereuse la séparation de l'os d'avec la membrane séreuse et le diaphragme. On parvint cependant à l'opérer sans pénétrer dans la poitrine.

(*Boston medical and surgical journal, may.* 3. 1837).

II. *Deux observations de ligature de la carotide droite, suivie d'hémiplégie du côté gauche du corps. — Première observation.* Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, affecté de cancer du palais. Plusieurs tentatives infructueuses ayant été faites pour arrêter les progrès du mal avec le mercure et la solution arsenicale de Fowler, ou pour l'extirper soit au moyen de l'instrument, soit au moyen du cautère actuel, on résolut de recourir à la ligature de l'artère carotide primitive. L'opération fut faite sans que l'opérateur rencontrât de difficultés et sans accident. Deux heures plus tard, le malade commença à se plaindre d'une sensation extraordinaire dans tout le côté droit de la tête, accompagnée de gêne de la déglutition. Vers le soir, cette sensation disparut et fut remplacée par une forte douleur dans le côté gauche de la tête; la dysphagie avait augmenté; la face était rouge, le pouls également fréquent aux deux artères radiales, plein et dur. Une saignée de huit onces fut pratiquée au bras, et une potion anodine fut administrée. Ces symptômes persistèrent à peu près sans changement pendant une semaine : à cette époque, le chirurgien trouva un matin son malade paralysé de tout le côté gauche du corps. Il fit immédiatement faire une saignée, et prescrivit un purgatif. Mais la paralysie ne fut point modifiée. La ligature tomba le vingt-huitième jour. A cette époque, la tumeur cancéreuse du palais n'avait éprouvé aucune diminution de volume. Le malade ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, faite le

lendemain de la mort, on trouva que l'artère ne présentait aucune altération; l'hémisphère droit présentait en plusieurs points des ramollissements très-marqués, surtout dans le centre ovale et dans le corps strié. L'hémisphère gauche était parfaitement sain, ainsi que tous les viscères de la poitrine et du ventre.

Deuxième observation. — Dans ce cas, la carotide droite fut liée pour un anévrisme de l'artère innominée, après que la méthode de Valsalva eut été employée sans succès. Une demi-heure après l'opération, le malade commença à éprouver dans la tête une sensation de légèreté, puis une douleur très-vive qui siégeait en travers du front. Vers le soir, la céphalalgie augmenta, les pulsations de la tumeur anévrismale devinrent plus violentes, et il survint des nausées. On fit une saignée du bras de douze onces et on donna un lavement purgatif. Pendant la nuit, le malade vomit et se plaignit d'augmentation de la céphalalgie, quoique le purgatif eût agi énergiquement. Le troisième jour après l'opération, les symptômes de paralysie se montrèrent du côté gauche du corps, et le malade tomba bientôt dans le coma. Nouvelle saignée de 8 onces, vésicatoire au cou, application de glace sur la tête; ces remèdes furent sans effet. La respiration devint de plus en plus difficile, et la mort arriva cinq jours après l'opération. L'autopsie, faite le lendemain, ne put faire découvrir aucune lésion du cerveau qui pût expliquer la paralysie. La poitrine ni l'abdomen ne présentèrent rien d'anormal.

L'apparition de la paralysie à la suite de la ligature de la carotide a déjà été observée plusieurs fois : Grœfes, sir Astley Cooper et M. Magendie ont rencontré cet accident.

(*The lancet.*)

III. *Deux cas d'amputation simultanée des deux jambes suivie de succès*, par le docteur SEWELL, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Québec. — *Première observation.* James Brown, âgé de vingt-sept ans, entra à l'hôtel-Dieu au mois de mai 1833, dans le service du Dr Morrin. Il était matelot, avait fait naufrage l'automne précédent dans le golfe St-Laurent, et ayant été exposé à un froid très-intense, avait eu les deux jambes gelées. Il gagna avec peine l'habitation la plus rapprochée et y demeura tout l'hiver, privé de soins médicaux et éprouvant d'extrêmes privations et d'incessantes souffrances. A son entrée à l'hôpital, les deux jambes étaient complètement sphacelées. L'extrémité inférieure du tibia et du péroné, ainsi que les os et les ligaments de l'articulation tibio-tarsienne étaient à nu; les symptômes généraux étaient très-graves. Il était évident que l'amputation seule pouvait sauver la vie du malade : restait à décider si l'on commencerait par amputer un des membres, et si l'on ne procéderait à l'enlèvement du second que lorsque l'organisme serait remis de ce premier choc; ou si l'on ferait simultanément les deux opérations. Après une longue délibération, on s'arrêta à ce dernier parti, et les deux amputations furent pratiquées en même temps par le docteur Morrin et le docteur Hall. La durée de l'opération fut à peu près ce qu'elle est ordinairement, et le malade se rétablit sans accident et sortit un mois après complètement guéri.

Deuxième observation. — Un jeune Canadien entra au mois de mars dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Sewell. Cet homme, fort adonné à l'ivrognerie, étant pendant une nuit du mois de janvier dans un état complet d'ivresse, s'égara sur la glace entre Québec et l'île d'Orléans. Le lendemain, on le trouva avec les pieds en-

tièrement gelés. Quand le docteur Sewell le vit, la gangrène s'étendait à moitié de chaque jambe ; les os étaient à nu dans une grande étendue ; les pieds ne tenaient plus que par les ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne. Le malade s'affaiblissait rapidement ; il avait perdu l'appétit ; il y avait des sueurs nocturnes et de la diarrhée colliquative. Il désirait beaucoup qu'une opération fût faite : en conséquence, les docteurs Sewell et Perrant pratiquèrent simultanément la double amputation, comme dans le cas précédent. Le cinquième jour, on leva le premier appareil, et l'on trouva que les deux plaies s'étaient presque entièrement réunies par première intention. Le malade se rétablit promptement et complètement, et quitta l'hôpital cinq semaines environ après l'opération.

(*The Boston medical et surgical journal, november*, 5 1837.)

IV. — *De l'efficacité de la compression dans certains cas d'ulcères vénériens phagédéniques;* par Hugh Carmichael. — Cette maladie étant caractérisée par une grande irritabilité, je pensai que la compression (ce moyen si utile dans le traitement des ulcères de mauvaise nature, avec sensibilité extrême), pourrait être avantageusement mise en usage pour les chancres phagédéniques. Je l'essayai dans un cas des plus graves, où tous les moyens de traitement actuellement employés étaient restés sans effet, et n'avaient pas empêché le mal de faire des progrès rapides et de détruire les parties. Le succès que j'obtins fut si marqué, que depuis j'y ai eu recours nombre de fois; ces avantages me paraissent si évidents, que je crois de mon devoir de les signaler à l'attention des praticiens. Le plus grand obstacle que j'aie trouvé dans son emploi est la difficulté que

l'on rencontre quelquefois dans son application; mais, avec un peu de dextérité, on y parviendra dans la plupart des cas. L'application varie nécessairement suivant le siége qu'occupe l'ulcère que l'on veut comprimer: siége-t-il sur le gland ou sur le corps du pénis, j'emploie des bandelettes agglutinatives qui font le tour de l'organe et viennent se croiser par leurs extrémités. Lorsque les ulcérations occupent le front ou quelque région semblable, la compression s'y applique très-exactement; tandis que dans certains points on a beaucoup de peine à l'établir d'une manière exacte. Dans quelques occasions où la compression devait être plus forte, j'ai employé des lamelles de plomb que je plaçais par-dessus le pansement et que je recouvrais de bandelettes agglutinatives. Ces lames, par leur flexibilité, se moulent sur les parties de manière à comprimer avec une très-grande exactitude. Je ne crois pas que les bons effets de la compression résultent autant de la force que l'on met à serrer les bandelettes, que de l'application sur la surface de l'ulcère d'un corps rigide, qui produit l'absorption de la partie malade. Les lames de plomb m'ont semblé parfaitement convenables pour cela. Quant au temps nécessaire pour que la compression produise ses effets, il a varié; il a suffi quelquefois d'un petit nombre de jours pour qu'un ulcère de mauvaise nature prît un aspect vermeil, et que ses bords se dessinassent bien. Dans d'autres cas, il a fallu continuer l'usage du moyen pendant long-temps; mais toujours l'amélioration a été si évidente dès le deuxième ou troisième jour, qu'on ne pouvait mettre en doute l'efficacité du moyen et s'empêcher de porter un pronostic favorable sur la maladie. Dans quelques cas, il a suffi pour amener seul la guérison de l'ulcère. Le plus souvent, il a fallu y joindre l'usage de moyens plus actifs pour combattre la diathèse morbide qui existait en même temps.

Le mercure m'a offert dans ces cas les secours les plus efficaces. Une fois l'ulcère détergé par le moyen de la compression, il se cicatrisait rapidement sous l'influence du traitement mercuriel. — Dans les cas où j'ai employé la compression, elle a toujours suffi pour amener la guérison. Cependant, il est des cas où elle aurait des inconvénients. Si l'ulcère était accompagné de beaucoup d'inflammation, nul doute qu'il ne fallût d'abord mettre en usage les saignées locales. Mais ce ne serait là qu'un moyen préparatoire à l'emploi de la compression, moyen seul capable de produire des résultats complètement satisfaisants.

(*Dublin Journal*. Septembre 1838.)

V. — *Du traitement de la coqueluche par la morphine*, administrée par la méthode endermique. — Le docteur Bew, auteur d'une brochure sur le traitement du croup et de la bronchite des enfants par l'usage externe de l'opium, prétend avoir employé cette méthode avec le plus grand succès. Voici des faits qui prouvent que cette pratique n'est pas sans inconvénient.

Une petite fille de onze mois fut prise de catarrhe peu de temps après avoir été vaccinée : bientôt survint la coqueluche. Un émétique fut administré, puis on eut recours à divers anti-spasmodiques, tels que le musc, l'extrait de jusquiame, etc. La maladie durait depuis six semaines, lorsque le docteur Lévy résolut d'employer la morphine à l'extérieur. Un petit vésicatoire fut posé sur la poitrine, et on saupoudra la surface dénudée avec un paquet de la poudre suivante :

Acétate de morphine, 1/2 gr.
Poudre de guimauve, 2 gr.

Divisez en quatre paquets. Le lendemain, aucun changement dans l'état de l'enfant. Au bout de quinze jours,

l'application de la poudre fut réitérée. Mais dans la nuit, il y eut beaucoup de malaise et de fièvre; celle-ci augmenta le lendemain; la respiration devint difficile, la peau chaude et sèche, le ventre resserré; la toux était sensiblement diminuée. Une potion contenant de l'acétate d'ammoniaque et un laxatif furent administrés.

Le deuxième jour, les symptômes étaient encore plus menaçants: l'enfant était dans un état de stupeur complet; la toux avait disparu; il y avait des mouvements convulsifs de la face et des membres. Quelques sangsues furent appliquées à la tête, ainsi que des lotions froides sur cette partie; le soir, on donna un bain tiède et des affusions. Pendant la nuit, il y eut un peu de sommeil, et le matin, l'intensité des accidents avait beaucoup diminué. L'amélioration se soutint, et trois semaines plus tard, l'enfant fut complètement rétablie.

Dans ce cas, il suffit d'un huitième de grain de morphine pour déterminer des accidents de narcotisme. Le professeur Berat qui a employé la même méthode n'en a retiré que des résultats peu encourageants. Sur seize cas, il y eut six fois du narcotisme, et dans ces cas, la maladie fut enrayée; mais dans les dix autres cas, où la dose du médicament ne fut pas portée aussi loin, quatre fois il y eut un peu d'amélioration, et six fois l'effet de la médication fut nul. Wesner, en 1831, Weisse et Hoffmann, en 1832, avaient employé l'acétate de morphine à l'extérieur, mais sans aucun succès.

(*The lancet.*)

VI. — *Observation de laryngo-trachéite pseudo-membraneuse chez un adulte;* par les docteurs Lynch et Dawson. — Madame H., âgée de 28 ans, arrivée au huitième mois de sa grossesse, avait été occupée, pendant la journée du 9 mai,

à laver une chambre très-chaude. Étant en sueur, cette femme s'exposa à un courant d'air froid, circonstance à laquelle elle attribua une légère bronchite dont elle fut affectée le lendemain. Cette bronchite dura 48 heures, puis il survint du malaise, de la douleur à la partie antérieure du cou, une respiration sibilante, beaucoup de dyspnée, une fièvre intense, etc. Nous ne fûmes appelés que le 15. Jusqu'à cette époque, madame H. avait reçu les soins d'un pharmacien qui avait administré un purgatif et fait appliquer quelques sangsues au cou. Le 15 mai, à 11 heures du matin, elle était dans l'état suivant : peau chaude, face pâle, mais gonflée; anxiété des traits, soif assez vive, langue humide et couverte d'un enduit blanchâtre, région du larynx douloureuse à la pression, déglutition très-difficile; pouls à 124, dur et résistant, quoique petit; dyspnée très-grande, voix éteinte, inspiration sifflante et très-gênée; toux, revenant par quintes, et ressemblant, d'après l'expression de la mère de la malade, à un aboiement; douleur vive et lancinante du côté droit de la poitrine, expectoration visqueuse, d'un jaune verdâtre. La malade a rendu à la suite d'une quinte de toux un lambeau membraneux, de forme irrégulière. L'isthme du gosier et le pharynx n'offrent pas de fausses membranes.

En examinant la poitrine, nous trouvâmes le son clair à la percussion; pas de bruits anormaux à l'auscultation, mais la force du bruit laryngé empêchait d'entendre le murmure vésiculaire. La sortie de la langue hors de la bouche n'était point douloureuse. Nous ne pûmes parvenir à voir l'épiglotte; toute tentative de ce genre déterminait un accès de toux et de la dyspnée. La toux était bruyante et ressemblait à un aboiement. (Sangsues à la région du larynx, lavement purgatif; à des époques rapprochées, une cuillerée à bouche de solution de 3 grains de tartre stibié

dans 8 onces d'eau distillée; frictions mercurielles sous l'aisselle, large vésicatoire à la nuque et entre les épaules. Toutes les 3 heures, une potion contenant 5 gouttes de la solution sédative de Battley).

Jusqu'à 3 heures, aucun changement dans l'état de la malade, si ce n'est que son enfant paraît avoir cessé de vivre. A 3 heures et demie, elle dit respirer beaucoup plus facilement. Expectoration abondante; les paroxysmes de suffocation sont moins fréquents. Il y a eu une évacuation alvine. (Même traitement.) L'amélioration continua jusqu'à 4 heures du matin, le 16, qu'il survint un accès de dyspnée extrêmement intense, qui se répéta jusqu'au moment de la mort, 7 heures du matin.

Autopsie 29 heures après la mort. — Le cou était fort court; et la trachée d'une petitesse remarquable : elle ressemblait pour les dimensions à la trachée d'un enfant. La membrane muqueuse qui recouvre l'épiglotte était vasculaire, surtout près de la base; à sa surface laryngienne, elle était enduite d'une couche de matière jaunâtre, visqueuse, puriforme; l'épiglotte était relevée, dure et extrêmement épaissie, au point de représenter un quart de sphère au lieu d'une membrane aplatie.

Le larynx et la trachée étant ouverts par leur partie postérieure, on vit la face interne du larynx recouverte par une matière visqueuse, puriforme, d'un jaune d'ocre. La trachée était revêtue d'une membrane couenneuse aussi épaisse que les anneaux cartilagineux eux-mêmes, et s'étendant jusqu'à la bifurcation des bronches : elle formait un cylindre complet, excepté en arrière et au bas de la trachée où elle manquait dans une petite étendue; en haut, le cylindre membraneux était adhérent; il était libre à la partie inférieure.

Le larynx était recouvert par une couche très-fine, qui

se continuait avec la pseudo-membrane de la trachée ; en certains points, elle paraissait perforée, et c'était par ces petits trous que semblait sortir la matière d'un jaune ocré qui existait en grande quantité dans le conduit aérien. Dans les points où la membrane muqueuse n'était pas cachée par la fausse membrane, elle offrait une très-forte vascularité. Les bords de la glotte étaient durs et gonflés, les ventricules à peine visibles, oblitérés qu'ils étaient par le gonflement inflammatoire et l'exsudation plastique.

Les poumons étaient fortement congestionnés dans toute leur étendue, mais élastiques, crépitants et faciles à débarrasser du sang qui y était accumulé. Au-dessous de la terminaison de la fausse membrane, les bronches étaient très-injectées ; mais, en s'éloignant de la trachée, la vascularité finissait par disparaître complètement, et la muqueuse reprenait son aspect normal.

On ne rencontra aucune autre altération. Tous les organes étaient sains.

(*Dublin Journal.* Septembre 1838.)

VII. — *Cas de fracture des cartilages du larynx à la suite d'un coup ; guérison.* — F. N., âgé de quarante-cinq ans, garde de nuit, en arrêtant un homme dans la nuit du 19 octobre 1837, reçut au cou une contusion très-forte, produite par un morceau de houille lancé contre lui. Un médecin qui le vit immédiatement le trouva presque suffoqué et incapable de parler : tout effort pour prononcer ou pour avaler déterminait des spasmes très-pénibles. Il fut saigné largement et envoyé à l'hôpital dix-huit heures après l'accident.

20 octobre. Le cou très-tuméfié et enflammé intérieurement ; le pharynx un peu rouge ; aphonie complète, respiration stertoreuse ; le malade ne peut parler qu'à voix

très-basse : la déglutition est extrêmement pénible. Les cartilages du larynx sont mobiles et crépitants. L'examen du larynx cause beaucoup de douleur. (60 sangsues au-devant du cou; ensuite fomentations émollientes; eau de gruau et thé pour boisson.)

21 octobre. Sommeil bon; la voix est moins éteinte; moins de douleur à la gorge, surtout plus de facilité à avaler. (Nouvelle application de 60 sangsues; lavement laxatif; même traitement.)

23 octobre. La voix est beaucoup plus forte, mais très-enrouée; déglutition facile; pas de douleurs lorsqu'on presse légèrement sur le larynx. Le malade se tient assis dans son lit. (Un peu de bouillon.)

24 octobre. La voix revient graduellement. (Vésicatoire au cou recouvert avec un cataplasme.)

26 octobre. Le malade se promène. La réunion des cartilages brisés s'est faite assez solidement. La voix s'améliore. Un peu de toux étant survenue, on lui fait prendre une potion calmante.

28 octobre. La voix a repris presque toute sa force, mais elle reste rauque. La déglutition se fait aussi facilement que jamais. L'union des cartilages est complète.

4 novembre. Le malade quitte l'hôpital, ne conservant qu'un peu de raucité de la voix, qui, du reste, est assez forte. Pas de mobilité des cartilages.

Le 15 décembre, on revit cet homme; il avait repris ses fonctions : sa voix est claire, mais il a de la peine à crier l'heure. Depuis sa sortie de l'hôpital, il n'a éprouvé aucune douleur.

(*Medical examiner, april* 25 1838.)

VIII. — *Abcès derrière le pharynx, comprimant le larynx et la trachée, et reconnu seulement après la mort;* observation

recueillie par le docteur Byrne, de Baltimore. — Le sujet de cette observation est un enfant de douze mois, très fort, qui, dans la soirée du 12 mars, fut pris de convulsions. On appela aussitôt le docteur M., qui trouve l'enfant dans un état convulsif dépendant d'un embarras de la respiration. Celle-ci était extrêmement gênée, la face gonflée et livide, les veines jugulaires tendues et saillantes. Le pouls était petit et rapide, la peau un peu moite et peu chaude. D'après le rapport des parents, l'enfant avait depuis le jeudi précédent de la fièvre accompagnée de difficulté de la déglutition et de la respiration. Cette dernière était par moments accompagnée de ce bruit sonore et retentissant qui existe dans le croup. Les symptômes étaient assez exactement les mêmes que dans l'amygdalite avec suffocation imminente. Cependant, dans le cas présent, le phénomène le plus saillant était la congestion cérébrale résultant de la suspension des fonctions des poumons. La jugulaire externe fut ouverte, et une certaine quantité de sang retirée, ce qui amena un notable soulagement. Le sang n'offrait aucun des caractères qui indiquent un état inflammatoire ; il était clair et séreux, et ne présenta pas de couenne. La gorge fut examinée avec beaucoup de soin, sans qu'on découvrît rien d'anormal sur les amygdales, le voile du palais ou le pharynx. On put voir distinctement l'épiglotte redressée et portée en avant : elle paraissait œdémateuse. Toutes ces parties étaient recouvertes par un mucus visqueux fort abondant qui les cachait. Il y avait lieu de croire à une angine œdémateuse. Et cependant, dans ce cas, on ne trouvait pas les symptômes propres à l'angine œdémateuse, ce que l'on pouvait attribuer en partie à l'état d'asphyxie et à l'extrême faiblesse de l'enfant. D'ailleurs, à quelle autre affection rapporter les phénomènes existants ? L'état des amygdales, du

voile du palais et du pharynx, ne pouvaient les expliquer. Un examen attentif du cou ne fournit aucune lumière nouvelle. Bien qu'il restât dans l'esprit du médecin quelque incertitude relativement à la position exacte des choses, il s'arrêta à penser qu'il s'agissait d'une affection du larynx. Dans cette supposition, l'indication était précise. Il fallait débarrasser la gorge des mucosités qui l'obstruaient, et employer énergiquement les antiphlogistiques et les révulsifs. Un émétique fut administré, des applications locales furent faites. Dans le cas où ce traitement échouerait, la trachéotomie était la seule ressource qui restât. Le docteur M. me fit prier de voir le malade avec lui, afin que, si l'opération devenait nécessaire, je pusse l'aider à la pratiquer. A notre arrivée, nous apprîmes que l'émétique avait fait son effet et que les autres prescriptions avaient été exécutées. Mais il n'en était résulté aucune amélioration ; l'asphyxie était imminente. La gorge fut de nouveau examinée avec le plus grand soin ; mais le mucus écumeux fort abondant qui s'y trouvait empêchait de rien voir de l'état des parties. Après nous être assurés au moyen du stéthoscope que la trachée et les bronches étaient en bon état, nous proposâmes de procéder immédiatement à l'ouverture de la trachée. Mais les parents s'y opposèrent de la manière la plus absolue, et il ne nous resta plus qu'à être spectateurs impuissants de la mort d'un de nos semblables, et cela par suite de l'ignorance et des préjugés des assistants. L'enfant mourut le lendemain à neuf heures du matin.

Trois heures après la mort, nous fîmes rapidement l'examen cadavérique. Après avoir incisé la peau et relevé le muscle sterno-cleido-mastoïdien, nous observâmes à gauche et en bas, entre le larynx, la trachée et la gaine des vaisseaux et des nerfs, une tumeur allongée et fluctuante.

L'ayant ouverte, nous la trouvâmes formée entièrement par du pus bien lié. Il s'était formé dans le tissu cellulaire placé derrière le pharynx et s'étendait depuis l'apophyse basilaire presque jusqu'au niveau du sternum. La colonne vertébrale et les muscles qui s'y attachent étaient revêtus d'une couche pseudo-membraneuse, et formaient la paroi postérieure de cette vaste poche. Les parois supérieure et antérieure étaient formées par le pharynx, qui était repoussé en avant par la collection de liquide, au point de venir s'appliquer contre l'épiglotte. Celle-ci était redressée vers la base de la langue, et la paroi antérieure de l'abcès bouchait complètement l'entrée du larynx. L'épiglotte était légèrement enflammée et œdémateuse, et les poumons tout-à-fait sains. Les cavités séreuses contenaient beaucoup de liquide, épanchements produits par la gêne de la circulation veineuse. Pas d'autre altération.

(*American journal of the medical sciences, august.* 1838.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Octobre 1838.)

Caractère chimique des sécrétions. — Monstruosité bi-corps de Prunay-sous-Ablis. — Vers vivant sous la conjonctive de l'œil humain.

La plus grande partie des séances de l'Académie des sciences pendant le mois d'octobre a été étrangère aux sciences médicales.

— *Caractère chimique des sécrétions.* — Dans la séance du 15 octobre, M. Mandl a adressé à l'Institut une note sur ce sujet. Tous les organes sécréteurs pourvus de nerfs du système cérébral produisent, suivant cet auteur, une sécrétion alcaline; tandis que ceux qui sont pourvus de nerfs du système ganglionnaire produisent une sécrétion acide.

— *Monstruosité bi-corps à Prunay-sous-Ablis.* — La naissance d'un enfant femelle bi-corps qui a eu lieu le 7 octobre dans la commune de Prunay-sous-Ablis, et qui a tant occupé la population de l'arrondissement de Rambouillet, a été le sujet de la séance de l'Académie du 22 octobre.

Une commission formée de MM. Serres, Breschet et Geoffroy-Saint-Hilaire, avait été nommée par l'Académie, dans la séance précédente, pour lui rendre compte de ce cas de monstruosité. M. Geoffroy s'est rendu dans le village de Prunay, où il a trouvé les jumelles encore vivantes, mais dans un état de dépérissement qui eût été promptement fatal si on n'eût substitué, d'après l'avis de M. Geoffroy, à l'usage du biberon qu'on employait pour les nourrir, le sein d'une bonne nourrice.

Le père de ces enfants, Achille Lesieur, est un homme très-bien constitué, âgé de 24 ans ; la mère, Marie-Suzanne Manguin, également très-bien conformée, accoucha pour la première fois d'un enfant mort-né, et ce fut le 7 octobre dernier, que, sans que rien annonçât d'avance qu'elle dût avoir une couche double, elle mit au jour les jumelles conjuguées dont la naissance a mis en émoi tout le voisinage accouru bientôt pour les voir. M. Geoffroy met sous les yeux de l'Académie un premier dessin, exécuté sur les lieux par M. Werner, et s'attache à montrer combien l'étude de ce cas tératologique présentera d'intérêt. Jetant ensuite un regard en arrière, il fait un historique des principaux cas d'ischiadelphie, ou (pour employer le terme

proposé par M. Isidore Geoffroy et que M. Geoffroy père préfère aujourd'hui à celui qu'il avait lui-même introduit), des cas d'*ischiopagie* les plus remarquables conservés dans les annales de la science. Il cite, seulement pour mémoire, l'ischiopage de Duverney, et à cette occasion il fait l'éloge de la pénétration et de la justesse des vues de cet anatomiste, qui, il y a cent cinquante ans, et à une époque où l'étude des monstruosités était encore dans l'enfance, émettait des idées que ne désavouerait pas aujourd'hui le tératologiste le plus avancé.

Le second cas est celui que M. Geoffroy désigne par le nom d'ischiopage de Dubreuil, parce qu'il a été disséqué et décrit par ce professeur, qui l'avait trouvé conservé dans l'alcool parmi les pièces du cabinet de la faculté de médecine de Montpellier. « Une circonstance tenant à la position des sujets dans le placenta, dit M. Geoffroy, a donné tardivement lieu à un contre-coup des causes générales en amenant un second effet de monstruosité vers les *têtes*; *il* me paraît évident que dans l'enroulement des deux sujets, le cordon ombilical s'est porté sur la masse de façon à l'entourer dans le sens de l'axe des deux têtes. Celles-ci, fortement bridées par le resserrement du cordon, n'ont point fourni au développement des cerveaux. Les cerveaux ont diminué, et ce qui en est resté s'est ramassé à la région occipitale en une sorte de bourse pendant sur la nuque; l'anencéphalie des têtes n'était qu'un effet secondaire et subséquent.»

Dans l'ischiopage de Cadix, la position du cordon a donné lieu à un autre système d'entraves que dans le cas précédent. Il paraît que le cordon ombilical s'est étendu obliquement sur les deux sujets. Ils sont de côté, inclinés l'un vers l'autre, et les deux jambes de ce même côté se sont soudées, de manière toutefois à ce que la trace de la

séparation originelle soit encore indiquée par une rainure à la plante des pieds et par la multiplicité et l'exacte conformation des doigts.

Dans le nouveau cas, l'ischiopage de Prunay, M. Geoffroy pense que le cordon ombilical a pris les deux sujets en travers, ce qui a déterminé le mode d'union qui les caractérise. Les têtes, qui n'ont point été forcément rapprochées, se sont développées en liberté et présentent un état normal. Il n'y a eu d'effet secondaire que sur les deux pieds d'un seul côté : ils sont pieds-bots.

« Nous ne sommes plus, ajoute M. Geoffroy-Saint-Hilaire, dans les vieilles sensations d'un public sans expérience, et nous ne pouvons plus nous contenter d'une stupeur niaise, d'une admiration stérile comme autrefois: et pour mon compte, j'éprouve de la satisfaction à remarquer que l'apparition du phénomène vient apporter un sujet d'études nouvelles à ma *Loi d'attraction de soi pour soi.* J'ai traité des effets de cette loi dans *Notions de philosophie naturelle*, in-8°, 1838 ; à Paris, chez Pillot, libraire, rue St-Martin, 173, et à Bruxelles, chez Tircher, libraire, rue de l'Étuve, n° 20.

» Voici enfin en quoi la mystérieuse élaboration d'une monstruosité consiste. Il n'est pas de plus admirable simplicité des moyens de la nature ; mais notre éducation veut voir dans tous ces événements des raisons miraculeuses.

» Eh bien! je borne à ces *à priori* suivant le champ d'études de nos travaux *à posteriori* que je crois utile à rechercher : car pour qu'il y ait événements de double monstruosité, il faut ce concours tout simple, la rencontre et l'affrontement des produits ou matériaux organiques :

» 1° *Nécessité* que préalablement il y ait en leurs domiciles à ce propices deux germes en développement,

» 2° *Nécessité* d'une blessure quelconque, ordinairement

provoquée du dehors, ressentie par un utérus en travail de gestation.

» 3° *Nécessité* pour que, pour produire maintien et marche en monstruosité, cette blessure ne soit ni forte, ni faible. Trop violente, il y aura mort des sujets et rejet d'ébauches vivantes sous la raison de fausses couches ; trop atténuée, il y a promptement guérison : les légères dilacérations amenées aux membranes placentaires s'affrontent se rapprochent intimement. Le *nisus formativus* rentre sa puissance de production régulière.

» 4° *Nécessité* à ce que les ruptures soient aux deux enveppes placentaires, ou à l'unique, s'il n'en est qu'une sous rme diaphragmatique, qu'il y ait dans les domiciles des embryons communication d'une chambre à l'autre ; qu'il y ait, dis-je, portes qui soient réciproquement correspondantes et ouvertes.

» 5° *Nécessité* à ce que les deux embryons qui se communiquent anormalement viennent à se toucher par de mêmes parties respectives ; alors toutes les filières vasculaires et nerveuses des mêmes rang et sortes, se rencontrent par *affrontement*. Là est seulement le merveilleux phénoménal, et c'est en cela qu'existe l'infinie vraisemblance qu'il n'y aura rien, ou que très-difficilement, produit ainsi arrangé. Cependant, qu'il y ait approche des mêmes parties similaires, circonstance qui favorise la raison d'*attraction de soi pour soi*, survient le moment critique, et commence le concours le plus difficile à obtenir. L'affrontement des choses aperçu sous ce point de vue, comme la rencontre de face contre face, dos contre dos, fesses contre fesses, ischion contre ischion (notre événement d'ischiopagie), d'appendice xyphoïde devant appendice xyphoïde (ce qui fut la raison de conjugaison des deux frères Siamois), de ventre à ventre, comme dans Ritta-Christina ; ces cas d'affronte-

ment sont la raison philosophique et les FAITS NÉCESSAIRES pour l'accomplissement de notre loi d'attraction.

» 6° Enfin, *Nécessité* qu'afin que l'action phénoménale s'engage et puisse se produire comme substituée à l'effort naturel de formation (*nisus formativus*), il faut que le phénomène soit renfermé dans de certaines limites, comme temps et époques dans la gestation ; c'est dans le cours de deux à trois mois de gestation qu'un bouleversement, principe initial du désordre, vient compromettre le *nisus formativus*, le détourner de ses devoirs, et lui en substituer de nouveaux.»

— *Vers vivants sous la conjonctive de l'œil humain.* — M. Guyot communique une observation de M. Blot, médecin et propriétaire à la Martinique, lequel a vu, chez une négresse de Guinée, deux petits vers se mouvant avec beaucoup d'agilité entre la conjonctive et la sclérotique. Ces vers ont été extraits au moyen d'une incision pratiquée sur la conjonctive en un point du trajet qu'ils parcouraient. Un de ces vers, envoyé à M. de Blainville, est long de 38 millimètres, filiforme, brunâtre, se terminant en pointe par une de ses extrémités et finissant par l'autre en un mamelon dont la couleur noire tranche avec celle du reste du corps.

C'est sans doute à un ver de la même nature et non au ver de Médine (*filaria medinensis*) qu'il faut rapporter ceux que Bajon et Mongin ont aussi rencontrés sous la conjonctive oculaire, le premier à Cayenne, et l'autre à St-Domingue.

M. Guyot fait observer que les jeunes filles qui font l'objet des observations de Bajon et de Mongin, de même que M. Blot, venaient toutes les trois d'Afrique (on a pu remarquer que c'est aussi le cas de la malade qu'il a observée); d'où l'on serait, dit-il, induit à inférer l'origine afri-

caine du ver qu'elles portaient. Ce serait, ajoute-t-il, un point d'analogie qu'il aurait avec le ver de Médine, lequel, comme on sait, ne s'observe en Amérique que sur des individus venant d'Afrique. Il paraîtrait, poursuit M. Guyot, qu'il y aurait une exception pour l'île de Curaçao; du moins c'est ce qu'on semblerait être en droit de conclure d'un passage de la relation de Dampier, et surtout du témoignage du baron Jacquin, qui, au retour de ses voyages, disait à Bremser que le quart de la population de l'île souffrait du ver de Médine, et qu'il avait vu deux de ces vers chez un de ses compagnons de voyage qui n'avait jamais été ni en Asie ni en Europe.

Je connais moi-même, dit encore M. Guyot, un cas de dragonneau qui s'est développé en Amérique chez un Européen qui n'avait jamais été non plus ni en Afrique ni en Asie; mais je ferai remarquer qu'il habitait une maison où s'étaient succédé en peu de mois beaucoup d'esclaves, amenés récemment de Guinée, et qui presque tous avaient souffert et souffraient encore du dragonneau.

La note de M. Guyot contient encore quelques considérations sur des vers contenus dans les téguments du corps humain, et qui, suivant lui, devraient être rapportés à l'espèce dont nous venons de parler plutôt qu'au ver de Médine, auquel les ont assimilés plusieurs auteurs.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Octobre 1838).

Revaccinations. — Transmission de la morve du cheval à l'homme. — Empoisonnement présumé homœopathique. — Lettre du ministre en réponse à celle de l'Académie sur les revaccinations. — Étiologie des pieds-bots.

Séance du 2 octobre. — *Revaccinations.* — L'ordre du jour appelle la lecture de la lettre en réponse au ministre sur les revaccinations. La parole est à M. Bousquet, dont la commission a adopté le projet de lettre. Cette lettre résumant les faits et les opinions énoncés dans les discussions de l'Académie, et exprimant les doutes qui en résultent quant au point de vue scientifique de la question, conclut en ces termes :

1° Il n'est point nécessaire de soumettre les élèves sortant des colléges à une deuxième vaccination.

2° Il pourrait se faire que les revaccinations eussent de l'utilité dans des cas qu'il serait laissé aux médecins de déterminer.

Une discussion s'engage encore entre plusieurs membres. M. Burdin attribue la fréquence des varioloïdes observées à la négligence seule des vaccinations ; il n'admet nullement les modifications que l'on prétend remarquer dans les pustules vaccinales développées sous l'influence de l'ancien et du nouveau vaccin. Il désire qu'on réponde au ministre qu'il n'est point nécessaire de revacciner, et qu'il faut se borner à favoriser les vaccinations.

MM. Dubois d'Amiens et Kéraudren appuient cette proposition, et veulent qu'on supprime la seconde conclusion de la lettre de M. Bousquet.

M. Nacquart ne croit pas à la proposition émise par M. Bousquet et soutenue par M. Émery, laquelle admet des vaccines purement locales, c'est-à-dire sans fièvre secondaire, et qui n'ont aucun effet anti-variolique.

M. le président propose, 1° de mettre aux voix la lettre phrase par phrase; 2° ou de la renvoyer immédiatement à la même commission, à laquelle seraient adjoints les membres qui ont pris part à la discussion. Cette seconde proposition est adoptée et exécutée sur-le-champ par les membres de la commission, qui se retirent immédiatement dans une pièce voisine; après quoi M. Bousquet lit la nouvelle rédaction de la lettre dont la conclusion définitive est : *Qu'il n'est pas nécessaire de soumettre à une seconde vaccination les élèves des colléges à la fin de leurs cours d'études.*

Séances des 9, 16 et 23. — *Transmission de la morve du cheval à l'homme.* — M. Husson communique les détails d'un cas de morve aiguë chez un homme qui se trouve couché à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un palefrenier attaché aux voitures Dames Blanches, et qui a soigné onze chevaux atteints, les uns de morve aiguë, les autres de morve chronique. Plusieurs de ces chevaux ont dû être abattus par ordre de la police. La maladie s'est déclarée par une douleur à l'épaule droite, ayant toutes les apparences d'un rhumatisme. Cette région s'est gonflée et est devenue rouge; le malade avait de la fièvre; on l'a saigné, le sang était couenneux. A ces premiers symptômes s'est joint une épistaxis, puis un écoulement séro-muqueux par le nez; ensuite, de petites phlyctènes, des engorgements et des pustules gangréneuses se sont manifestés dans différentes régions du corps; le bras s'est gonflé; l'écoulement nasal est devenu abondant et puriforme; le délire et des crachements sanguinolents ont suivi les phénomènes précédents. Le pouls

est filiforme ; on s'attend d'un moment à l'autre que le malade succombe. On en fera connaître les détails nécropsiques.

M. Breschet fait lire une observation analogue à la précédente, qui a été recueillie aussi à l'Hôtel-Dieu il y a quelques jours. Cette observation a pour sujet un nommé Limousin, qui, dit-on, avait soigné pendant plusieurs mois des chevaux morveux et couchait dans leur écurie. Son mal a commencé par une douleur au genou et un gonflement érysipélateux dans cette région. Ensuite la muqueuse nasale s'est enflammée, a sécrété du mucus et du pus en abondance ; une éruption pustuleuse s'est manifestée à la face, au cou, au tronc et aux bras ; quelques-unes de ces pustules ressemblaient au frambesia, les autres étaient vésiculaires ; elles se sont converties en escarres.

Cette éruption a aussi envahi l'intérieur des narines, de la bouche et la muqueuse pharyngienne. Des fusées purulentes sous-dermiques, de la stupeur, des crachats sanguinolents, du délire, de la dypsnée, tels sont les symptômes que le malade a présentés.

A l'autopsie on a trouvé que l'éruption nasale s'était propagée sur la muqueuse des cavités voisines. Cette membrane était couverte de mucus, de pustules et d'ulcérations ; elle était fort rouge et se détachait très-facilement. Des suppurations profondes et des fusées purulentes existaient dans les muscles de différentes régions ; les intestins étaient enflammés, et les poumons offraient les restes d'une inflammation parcellaire (pneumonie lobulaire). Du pus a été rencontré dans les veines, mais ces vaisseaux n'étaient point enflammés.

D'après cet état des choses, l'auteur a cru pouvoir conclure :

1° Que l'affection à laquelle ce malade a succombé ne

ressemblait à aucune des maladies de l'homme connues.

2° Que les phénomènes qu'il a présentés offrent une grande ressemblance avec ceux de la morve aiguë qu'on observe chez les solipèdes.

3° Qu'attendu cette ressemblance et la cohabitation du malade avec les chevaux morveux, on peut dire avec beaucoup de probabilité que la morve aiguë est communicable des animaux à l'homme.

M. Dupuis trouve de l'analogie entre l'éruption farcinique aiguë des chevaux et celle de la variole chez les vaches.

M. Barthélemy aborde le fond de la question concernant la communicabilité de la morve des solipèdes à l'homme, et apprécie la valeur des faits qu'on vient de communiquer à l'Académie. Il ne s'est pas borné au simple examen du malade et des pièces pathologiques; il est allé lui-même sur les lieux où la maladie s'était déclarée prendre des renseignements sur l'état antérieur du sujet, examiner les chevaux que l'individu avait pansés et l'endroit où il couchait. Pour cela, il s'est fait accompagner du vétérinaire même qui soignait les animaux. Ces recherches minutieuses lui ont appris :

1° Que sur huit chevaux malades, sept étaient atteints de morve chronique, et un seul de morve aiguë; mais ce dernier avait été abattu quinze jours avant que le malade de M. Breschet n'entrât au service du maître des chevaux; de sorte qu'il est, d'après l'orateur, inexact de dire que l'individu avait été en rapport avec des chevaux atteints de morve aiguë; il l'avait été seulement avec des chevaux affectés de morve chronique: or, l'on sait que cette dernière maladie n'est point contagieuse.

2° Que l'individu couchait avec deux autres palefreniers dans le même lit, et qu'il était habituellement sujet à des éruptions croûteuses sur la peau, éruptions qu'on avait crues

de nature syphilitique, et que le malade avait fait disparaître depuis quelque temps à l'aide d'une pommade dont il s'était frotté.

3° Que la maladie, chez lui, n'a consisté d'abord que dans une douleur très-intense dans la jambe, douleur atroce qui a résisté à tous les médicaments employés pendant quinze jours, et pour laquelle le malade voulait qu'on lui coupât le membre.

4° Qu'après ce laps de temps il a été transporté à l'Hôtel-Dieu, où l'éruption s'est déclarée, et où il est mort cinq jours après.

Ces antécédents sont, comme on le voit, en contradiction avec les renseignements qu'on a pu se procurer à l'Hôtel-Dieu, et laissent du doute sur la véritable étiologie de la maladie.

Considérant ensuite le fait sous d'autres points de vue, M. Barthélemy trouve pourtant des analogies, des ressemblances entre les lésions de la muqueuse nasale qu'on a rencontrées chez le malade de M. Breschet, et celles qu'on voit chez les chevaux atteints de morve aiguë; mais il y a loin, dit-il, de ces analogies, de ces ressemblances à l'identité complète des deux affections. D'un autre côté, si des ressemblances existent, il y a aussi des différences énormes qui ne permettent de rien conclure sur la question.

L'orateur termine en disant qu'il faut sans doute tenir compte des faits de MM. Rayer, Breschet et Husson, mais que ces faits laissent encore beaucoup de doute sur la communicabilité de la morve aiguë des animaux à l'homme; il faut attendre que de nouveaux faits plus décisifs se présentent avant de se prononcer sur une question aussi grave. Si l'on admettait effectivement comme démontré que la communicabilité a lieu, on provoquerait des mesures sanitaires qui pourraient être non-seulement inutiles, mais encore

fort préjudiciables aux intérêts des personnes qui emploient beaucoup de chevaux. La vérité est une : si la chose est réelle, les nouveaux faits la confirmeront ; mais jusque-là, il ne faut rien préjuger ; il s'agit d'une affaire trop importante pour ne pas agir avec toute la gravité possible ; je ne suis pas, dit M. Barthélemy, de l'avis des hommes stationnaires qui veulent que les choses soient toujours comme pour le passé, ni des enthousiastes qui galopent très-vite sans rien approfondir (Applaudissements.)

M. Rochoux parle dans le sens de M. Barthélemy. Il ne croit pas que la morve soit contagieuse ; pour lui, c'est une maladie d'infection, et les chevaux ne la contractent que par l'air vicié qu'ils respirent dans des écuries mal saines. Il cite à ce sujet les recherches de Parent-Duchâtelet, et quelques expériences de M. Magendie.

M. Barthélemy déclare qu'il a dans ce moment à sa disposition deux chevaux atteints de morve aiguë ; il invite ceux des membres de l'Académie qui s'intéressent à la question, à aller les examiner.

Après ces débats, l'Académie a cru devoir nommer une commission permanente sur la question de la morve, et qui doit apprécier la valeur des nouveaux faits à mesure qu'ils se présenteront.

M. Bouley jeune lit une note dans laquelle il examine quelques points relatifs à la question de la morve. D'abord, puisque l'existence de la morve aiguë chez l'homme ne peut plus être contestée, peut-on regarder cette affection comme une production spontanée, ou bien comme le résultat d'une transmission du cheval à l'homme ? Dans l'état actuel de nos connaissances, cette question est irrésoluble ; pourtant, tous les cas observés jusqu'à présent chez l'homme ont eu pour sujets des individus qui avaient cohabité avec des chevaux atteints de morve. M. Bouley

examine en attendant la question de savoir si le mal est contagieux parmi les chevaux eux-mêmes; il cite à ce sujet des expériences faites dernièrement par une commission nommée *ad hoc* par le gouvernement, et d'autres faites par M. Renaud à l'école d'Alfort. Ces expériences, bien qu'elles ne soient pas encore suffisamment multipliées, autorisent à conclure, jusqu'à nouvel informé, que la morve chronique n'est point contagieuse, et que l'aiguë ne l'est que fort rarement et dans quelques cas exceptionnels. Les chevaux bien portants, mis en rapport avec d'autres atteints de morve chronique, n'ont pas contracté la maladie. Sur cent et quelques chevaux sains que la commission a placés parmi d'autres atteints de morve aiguë, il n'y en a eu que sept qui ont pris cette dernière affection; les autres ont continué à se bien porter; encore la commission est-elle restée dans le doute sur l'état antérieur de la santé de ces sept chevaux. Dans une dernière expérience, on a pris quatre jeunes chevaux bien portants, on les a fait cohabiter avec des chevaux atteints de morve aiguë : aucun n'a contracté la maladie. Mais si le mal n'est pas contagieux de cheval à cheval, peut-on en dire autant du cheval à l'homme? Sans se prononcer ouvertement, M. Bouley paraît plutôt porté à croire au développement spontané de la morve aiguë chez l'homme qu'à la transmissibilité de la même maladie du cheval à l'homme. Il examine les causes de la morve aiguë chez le cheval; il réduit ses causes à des vices hygiéniques. Reste cependant à savoir s'il n'y a que cela uniquement dans la production de la maladie, et si les mêmes conditions peuvent produire le même mal chez l'homme. . . . .

M. Rayer lit un long discours en réponse à celui de M. Barthélemy. Ce discours roule uniquement sur les questions suivantes : . . . .

1° La morve aiguë chez l'homme est-elle une maladie spéciale ?

2° L'affection en question observée chez l'homme ressemble-t-elle à la morve aiguë du cheval ?

3° Quelles sont les espèces d'hommes qui ont été atteints de la morve jusqu'à ce jour ?

4° Quels sont les résultats de l'inoculation du pus de l'homme morveux sur les solipèdes bien portants, et de ces derniers malades sur l'homme sain ?

M. Rayer répond affirmativement aux deux premières questions, et appuie son assertion de considérations judicieuses et d'observations comparées.

Quant à la localisation de la morve, que M. Barthélemy a semblé fixer sur la muqueuse nasale, M. Rayer la considère comme une affection générale, une sorte d'infection, d'empoisonnement de tout l'organisme, dont les parties principalement lésées sont le poumon, les cavités nasales et le système cutané. On avait cru, et M. Barthélemy avait soutenu que l'obstruction des fosses nasales par la matière morveuse était la véritable cause de la mort chez les chevaux : la morve, par conséquent, tuerait par asphyxie. M. Rayer a réfuté par des faits positifs cette opinion.

Quant à la troisième question, sa réponse n'est pas moins catégorique. Tous les hommes atteints jusqu'à ce jour de la morve sont des palefreniers, des vétérinaires, en un mot, des individus qui ont eu des rapports avec des chevaux morveux. M. Rayer conclut de ces faits que la morve est donc une maladie transmissible du cheval à l'homme, soit par infection, soit par inoculation ; il ne fait en cela, contre l'opinion de M. Barthélemy, aucune distinction entre la morve aiguë et la morve chronique.

M. Rayer combat également l'opinion émise par M. Bouley, qui admet le développement de la maladie chez

l'homme sous l'influence des mêmes causes qui la font naître chez le cheval.

M. Rayer arrive enfin à l'examen de la quatrième question, et conclut, d'après des faits authentiques, que la morve est une maladie qui peut se transmettre réciproquement du cheval à l'homme et de l'homme au cheval; que, par conséquent, cette maladie exige des mesures de police sanitaire.

M. Barthélemy fait observer qu'il n'admet pas que la morve soit locale dans tous les cas, mais dans quelques cas exceptionnels.

Empoisonnement présumé homœopathique. — M. Orfila lit une notice sur un cas de mort subite à la suite de l'administration de globules homœopathiques.

Un médecin allemand, le docteur Schneider, âgé de vingt-sept ans, voyageait en France avec un de ses amis, M. Reitingausen. Arrivés dans le département de la Côte-d'Or, le premier tombe malade : on appelle un médecin homœopathe, le docteur Laville de la Plaigne, qui prescrit six globules d'aconit, quatre d'arsenic, vingt de quinquina, douze de belladone et quatre de *rhus toxicodendron*. M. Reitingausen s'est chargé de l'administration de ces globules. Après quelques jours de maladie, Schneider est mort subitement. Huit mois après, on soupçonne que cette mort avait eu lieu par empoisonnement, avec les globules que Reitingausen avait administrés à son ami. On fait une enquête judiciaire, et le corps de Schneider est exhumé. En attendant, Reitingausen a été arrêté à Dijon et traduit devant les assises de la Côte-d'Or. Les quatre experts désignés par l'autorité ont trouvé des sels de cuivre et de plomb dans le canal intestinal, et ont conclu que Schneider était mort empoisonné par l'action de ces substances.

Pour sa défense, Reitingausen écrit à M. Orfila, lui en-

voie les pièces du procès et le consulte sur la valeur du jugement porté par les quatre experts. C'est cette consultation que M. Orfila est venu lire devant l'Académie. Il résulte de l'examen des pièces d'après M. Orfila : 1° que les symptômes que Schneider a présentés durant sa maladie sont ceux d'une fièvre typhoïde et non d'un empoisonnement ; 2° que les sels de plomb et de cuivre trouvés dans le tube intestinal du cadavre n'autorisent pas à dire que Schneider avait été empoisonné ; car, outre qu'ils étaient en trop faible quantité pour déterminer des symptômes toxiques, ils auraient pu être introduits dans les tissus par le pain ou l'eau que le malade avait pris antérieurement, ou par le terrain même dans lequel le cadavre avait été enseveli ; 3° que le jugement par conséquent porté par les experts est fort hasardé, erroné même sur plusieurs points; il manque d'ailleurs de détails essentiels.

Quoi qu'il en soit, Reitingausen s'est pendu dans la prison de Dijon avant d'être jugé.

SÉANCE DU 30. — *Réponse du Ministre à l'Académie sur les revaccinations.* — Peu satisfait des conclusions négatives du rapport de l'Académie, le ministre de l'Instruction publique examine une à une ces conclusions et fait voir qu'elles se contredisent. Étonné de voir un rapport si peu motivé, il prie l'Académie d'examiner une seconde fois la question et de lui adresser un rapport très-circonstancié.

La nouvelle commission qui sera chargée d'examiner la question, sera composée de onze membres nommés au scrutin par l'Académie.

— *Médecine légale relativement à l'empoisonnement par les sels métalliques.* — M. Orfila lit une note sur cette question : Peut-on reconnaître les sels de plomb, de cuivre ou de tout

autre métal existants dans le canal digestif d'un cadavre, et déterminer l'époque de leur ingestion?

Deux cas peuvent se présenter : ou les sels métalliques sont à l'état libre ou à l'état de pénétration dans les tissus. Dans le premier, le simple lavage à l'eau distillée et les réactifs ordinaires suffisent pour en constater la présence. La détermination précise de l'époque cependant est impossible : tout ce qu'on peut dire à ce sujet, c'est que le poison n'a pu être ingéré que depuis peu, attendu l'état de liberté dans lequel il se trouve. Dans le second cas, les sels se trouvant presque assimilés aux tissus, ils ne peuvent être bien reconnus que par l'incinération et l'ébullition dans une solution d'acide nitrique.

Ayant fait des expériences sur les animaux, M. Orfila prétend avoir observé qu'après deux jours d'existence dans l'estomac, les sels de plomb se trouvent avoir pénétré dans la muqueuse, et se présentent sous forme de traînées de points gris dans les plis de la même membrane. Par le grattage prolongé et le lavage à l'eau distillée, on finit par enlever ces espèces de traînées qui donnent un sulfure de plomb sous l'action de l'hydrogène sulfuré. M. Orfila prétend, par conséquent, qu'on peut jusqu'à un certain point connaître l'époque de l'ingestion des sels en question, suivant qu'ils se rencontrent dans un état ou dans un autre.

— *Étiologie des pieds-bots.* — L'ordre du jour rappelle la discussion sur l'étiologie des pieds-bots, au sujet du rapport de M. Cruveilhier sur le mémoire de M. Martin.

M. Velpeau, qui avait attaqué précédemment la doctrine des arrêts de développement dans la formation des pieds-bots, s'élève aujourd'hui contre l'opinion émise par M. Martin et soutenue en partie par M. Cruveilhier ; il ne croit pas qu'il soit possible d'admettre que la compression de l'utérus sur le fœtus soit la cause ordinaire des pieds-

bots, puisque l'on voit tous les jours ces difformités exister alors même qu'il y a abondance des eaux de l'amnios. Il n'exclut pas cependant cette cause d'une manière absolue. La cause la plus générale du pied-bot congénital est, suivant lui, d'après les recherches de M. J. Guérin, une affection du système cérébro-spinal ou des nerfs; elle est due quelquefois à une maladie des muscles du mollet, des tendons, du derme, des os, etc.

M. Cruveilhier, suivant M. Velpeau, a paru attacher peu d'importance à la section du tendon d'Achille, et ne pas considérer cette opération comme un moyen curatif suffisant contre le pied-bot. M. Velpeau s'élève avec force contre cette manière de voir, que démentent les nombreuses opérations faites avec un plein succès par MM. Duval, Bouvier, J. Guérin, Diffenbach, etc.

M. Blandin parle dans le sens du rapport de M. Cruveilhier, avec quelques restrictions cependant; quant à la doctrine de l'arrêt de développement, il pense qu'elle ne saurait être admise dans la pathogénie des monstruosités en général, mais qu'elle doit l'être incontestablement dans certains cas, comme dans le spina-bifida et le bec de lièvre, par exemple.

M. Capuron combat l'idée de la compression utérine dans la formation des pieds-bots, et présume que l'humidité dans laquelle vivent certaines femmes enceintes pourrait être considérée comme une cause de cette difformité.

M. Rochoux explique la déviation des pieds par les maladies de l'œuf ou du germe, et croit que la rétraction des muscles doit être considérée comme la cause principale de cette difformité.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs.— Fièvre jaune. — Colique végétale.— Épilepsie.

M. Montaut fait un rapport sur des observations de fièvre typhoïde adressées à la Société par un médecin de Bretagne qui a gardé l'anonyme. Il conclut à ce que des remercîments soient adressés à l'auteur, quand il se sera fait connaître.

En recueillant ces observations, l'auteur s'est proposé d'apporter quelques faits nouveaux à l'appui de l'utilité des purgatifs dans la fièvre typhoïde.

M. Delens. Dans le cours de son rapport, M. Montaut a dit qu'il n'était résulté rien de bien remarquable de la discussion à laquelle a donné lieu à l'Académie le traitement des fièvres typhoïdes par les purgatifs. Cependant un fait bien important a été constaté : c'est l'innocuité des purgatifs, qui, selon la théorie régnante, sont généralement contr'indiqués, et leur utilité incontestable dans certains cas.

M. Montaut. M. Andral, qui était chargé du rapport sur les travaux de M. Delaroque, n'a point tiré de conclusions.

M. Prus. Si M. Andral, après avoir comparé les résultats des diverses méthodes de traitement employées contre la fièvre typhoïde, n'a pas cru devoir en proscrire aucune, il n'en est pas moins certain qu'il résulte de ses propres expériences sur l'emploi des purgatifs dans la fièvre typhoïde, que le traitement remis en usage par M. Delaroque compte au moins autant de succès que tout autre. Je dois ajouter ici une remarque fort importante, faite par

M. Beau, alors interne à l'hôpital Necker : c'est que, chez les sujets traités dès le début par les purgatifs, il ne s'est pas trouvé un seul cas d'ulcération perforative chez un grand nombre de malades observés. On sait combien ce funeste accident se présente fréquemment dans les fièvres typhoïdes traitées par la méthode antiphlogistique ou par la méthode expectante. C'est là une recherche bien intéressante à continuer.

M. Montaut. Si l'on se décide pour les purgatifs dans le traitement des fièvres typhoïdes, c'est dans leur première période qu'il faut les employer. Plus tard, l'usage pourrait en être dangereux, et on connaît plusieurs cas de péritonite mortelle survenue à l'occasion d'un épanchement pendant leur administration. C'est d'ailleurs dans les cas de fièvre typhoïde qui présentent les symptômes de la fièvre muqueuse ou de la fièvre bilieuse qu'on peut les employer avec avantage. Quand les symptômes sont ceux de la fièvre inflammatoire, le traitement de M. Bouillaud est celui qui est le plus ordinairement couronné de succès.

M. Bérard. J'ai profité de mon séjour à l'hôpital Necker, dans lequel j'ai un service de chirurgie, pour suivre les malades traités de fièvre typhoïde par M. Delaroque. Plusieurs malades, apportés à l'hôpital au commencement du troisième septénaire, ont été émétisés, puis purgés. En peu de jours, une amélioration notable a été obtenue. Le météorisme de l'abdomen et la stupeur étaient moindres. La maladie a marché ensuite vers la guérison sans obstacle sérieux. Chargé dans ce moment de la consultation, j'admets aussi les malades affectés de maladie interne. J'atteste qu'aucun de ceux qui ont été soignés de la fièvre typhoïde depuis quinze jours, et ils sont au moins au nombre de douze, n'a succombé. J'ai été appelé tout récemment à seize lieues de Paris pour voir un commis-voyageur, qui,

après avoir subi divers dérangements dans sa santé, avait été atteint d'une fièvre typhoïde. Sa maladie datait de dix-huit jours; la langue était noire, comme charbonnée, les dents d'un blanc émaillé; il avait une diarrhée sanguinolente, du délire. Il s'était développé, en outre, une énorme parotide. Le malade avait été saigné, circonstance défavorable pour le succès du traitement de M. Delaroque. Je proposai au médecin qui lui donnait des soins l'usage de l'eau de Sedlitz. On l'administra au malade : l'affection devint d'abord stationnaire, s'améliora ensuite; la parotide s'ouvrit. Les escarres du sacrum se cicatrisèrent, et le malade est revenu à Paris reprendre ses occupations.

Peut-être y a-t-il eu simplement coïncidence entre le traitement employé et la guérison de la maladie. Quoi qu'il en soit, l'observation m'a paru digne de vous être communiquée.

MM. Téallier et *Duparcque* citent des faits analogues.

M. Audouard a la parole pour une communication relative à la fièvre jaune.

Il rappelle à la Société les diverses questions insérées dans le *Moniteur* du 24 août 1836, par ordre de M. le ministre des affaires étrangères, ayant pour but d'éclairer la question de savoir si la fièvre jaune tire son origine d'une infection propre à quelques bâtiments négriers. Plusieurs réponses sont parvenues au gouvernement par suite d'une enquête faite en Amérique sous les auspices de nos consuls. La plus importante de ces réponses est due aux médecins de San-Yago, qui se prononcent formellement pour l'indigénat de la fièvre jaune en Amérique.

M. Audouard leur oppose que la fièvre jaune ne fut connue à la Martinique qu'en 1695, c'est-à-dire deux siècles après la découverte du Nouveau-Monde, sous le nom de mal de Siam, parce que l'apparition de la maladie fut at-

tribuée à des bâtiments qui venaient du golfe de Siam. Plus tard, et lorsque le temps eut démontré cette erreur, on l'appela fièvre jaune, vomissement noir, coup-de-barre, etc. Or, si la fièvre jaune était nouvelle pour les habitants de la Martinique deux siècles après la découverte de l'Amérique, on doit en conclure qu'elle n'était pas le produit du climat, et qu'elle pouvait être déjà le résultat de la traite des noirs, puisque ce trafic reçut à cette époque une grande extension pour favoriser l'exploitation des terres.

M. Audouard avait fondé sa théorie sur deux faits, savoir : l'introduction de la fièvre jaune à Barcelonne, en 1821, par le navire *le Grand-Turc* qui avait servi à la traite, et l'invasion de la même maladie au port du Passage, en 1823, par suite de l'arrivée dans ce port du bâtiment négrier *le Donostiarra*.

Pour soutenir leur opinion, les médecins de San-Yago, d'une part, nient l'exactitude de ces faits, et, de l'autre, font remarquer que la fièvre jaune règne à la Nouvelle-Orléans, à Philadelphie, à Saint-Domingue et autres lieux où on ne fait plus la traite, tandis qu'on ne l'a jamais vue à l'Ile-de-France et à Bourbon où l'on fait toujours la traite. Mais M. Audouard répond que l'on peut voir la fièvre jaune dans des ports où l'on ne fait pas la traite, pourvu qu'il y arrive des bâtiments négriers, comme on a pu la voir précisément à Barcelonne, à Cadix, à Gibraltar; que, si l'on n'a pas observé la fièvre jaune aux îles de France et de Bourbon, c'est que ces îles tirent leurs noirs de Madagascar et du canal de Mosambique. La traversée se fait trop rapidement pour donner lieu aux foyers d'infection qu'il croit nécessaires à la production de la maladie.

M. Audouard pense qu'il ne faut tenir aucun compte

des prétendus exemples de fièvre jaune observés en France en 1822, pas plus que des témoignages de M. Moreau de Jonnès, qui, du reste, seraient favorables à la théorie de notre collègue, puisqu'ils constatent une diminution sensible des ravages de la fièvre jaune depuis l'abolition de la traite dans les États-Unis.

Mais ce qui est plus consolant pour la France, dit M. Audouard, c'est que, depuis 1826, il n'y a plus eu de fièvre jaune à la Martinique ni à la Guadeloupe où la traite est abolie, tandis qu'elle règne encore à l'île de Cuba où l'on continue de faire la traite.

Sans doute, continue M. Audouard, tous les bâtiments négriers ne donnent pas la fièvre jaune. Mais on conçoit le développement de cette maladie, par exemple, lorsque, dans la crainte d'une révolte, les esclaves entassés dans le navire y accumulent des foyers d'infection, qui ont peut-être quelque chose de spécial parce qu'ils viennent de la race noire, et que des circonstances de température et de climat en activent d'ailleurs la putréfaction. Aussi, n'est-il pas étonnant que des bâtiments négriers aient donné la fièvre jaune à Barcelonne et au Passage, après avoir été d'Afrique en Amérique et ensuite en Europe, sans avoir eu de malades dans toute leur traversée. Le fumier qu'ils contenaient, rapproché de la surface de l'eau et frappé par le soleil de juillet et d'août, devait nécessairement donner lieu au développement d'une grande masse d'émanations putrides. Voilà pourquoi, à Barcelonne, ces émanations frappèrent des hommes d'une polacre qui était à côté du *Grand-Turc*, polacre d'où sortit le premier malade; voilà pourquoi, au port du Passage, ce fut un douanier qui avait visité *le Donostiarra*, pour s'assurer s'il n'y avait pas de contrebande, qui fut la première victime.

Pour repousser l'idée que le climat eût pu seul faire

naître la maladie, M. Audouard fait remarquer que les premiers atteints après le douanier furent précisément les charpentiers, qui, ayant enlevé les planches sous lesquelles se trouvait le foyer d'infection, donnèrent libre cours aux miasmes et en furent mortellement frappés.

M. Roche : Après avoir long-temps combattu l'opinion de M. Audouard sur la cause de la fièvre jaune, je suis de plus en plus disposé à l'adopter. Mais, je voudrais des faits plus nombreux, plus concluants, que ceux sur lesquels il paraît surtout s'appuyer. Et d'abord, j'opposerai à M. Audouard que le port de Barcelone reçoit de plusieurs points de la ville des torrents d'immondices qui sont autant de sources d'infection presque permanentes. Cette circonstance ne peut-elle pas expliquer le retour si fréquent des épidémies de fièvre jaune qu'on y a observées depuis des siècles et que semblent attester des documents historiques et des monuments bien authentiques.

M. Audouard répond que la description réellement médicale de ces épidémies n'a pas été faite, et que les historiens s'accordent à dire que Barcelonne n'a eu la fièvre jaune que deux fois : la première en 1803, la deuxième en 1821; en 1803, il fut constant que la maladie fut introduite par un bâtiment qui venait de la Havane chargé de cuir, sans qu'on sût qu'il avait fait la traite; mais il n'en fut pas de même en 1821, où un bâtiment négrier, *le Grand-Turc*, donna réellement la fièvre jaune. Du reste, l'insalubrité du port lui-même est encore ce qu'elle était en 1821, et il n'y a pas eu de fièvre jaune depuis cette époque.

M. Bérard objecte aussi que la fièvre jaune se reproduit dans plusieurs ports d'Amérique où l'on ne fait pas la traite, comme à la Nouvelle-Orléans. Mais M. Audouard répond qu'il suffit qu'il y arrive des bâtiments ayant servi à la traite

pour que les mêmes effets aient lieu. Or, le pays, ajoute-t-il, a ses relations commerciales avec la Havane.

MM. Hourmann et Jolly répondent aussi à M. Bérard que, d'après les relations qu'ils ont avec des médecins d'Amérique et de la Nouvelle-Orléans, ils sont fondés à penser que l'apparition réelle de la fièvre jaune dans ce port, depuis plusieurs années, n'est rien moins que certaine. On a très-bien pu prendre pour la fièvre jaune d'autres affections, telles que des fièvres pernicieuses.

Telle est, en effet, dit M. Audouard, la cause de beaucoup d'erreurs. Les médecins d'Amérique qui appellent fièvre jaune indigène les affections morbides produites par des émanations marécageuses sont dans le vrai ; mais cela ne détruit pas l'opinion qui fait considérer la fièvre jaune observée en Europe comme venant de la traite des noirs. En Amérique on confond sous la même dénomination deux maladies, celle du climat et celle provenant d'une infection particulière aux bâtiments négriers. C'est ce qui me fait dire, ajoute en finissant M. Audouard, que la véritable fièvre jaune est venue se faire juger en Europe, parce que là elle se présente dans un état d'isolement.

M. Hourmann fait un rapport verbal sur un ouvrage de M. le docteur Segond, médecin en chef des hôpitaux de Cayenne, membre de la Société de médecine de Paris. Cet ouvrage a pour titre : *Essai sur la névralgie du grand sympathique, connue sous les noms de colique végétale, de colique de Poitou, de Devonshire, de Madrid, de Surinam, et sous ceux de barbiers, de beriberi, etc.*

Ce rapport, dont la Société vote l'impression dans le recueil de ses travaux, devient l'occasion de la discussion suivante :

M. Prus. J'ai écouté avec la plus grande attention tout ce que vient de dire M. le rapporteur, et il m'a semblé qu'il

n'avait pas appelé suffisamment votre attention sur un symptôme très-fréquent de la colique végétale dans sa dernière période, je veux parler de la paralysie des membres sur laquelle, d'ailleurs, l'auteur insiste beaucoup. C'est un point de ressemblance bien remarquable entre les coliques végétale et métallique.

M. Mérat. La paralysie des membres existe plus souvent et se manifeste plus promptement dans la colique métallique que dans la colique végétale. C'est donc plutôt un caractère différentiel, qu'un trait de ressemblance entre ces de x maladies.

M. Montaut. L'étude comparée des coliques végétale et métallique nous montre entre elles une très-grande analogie, si ce n'est une véritable identité. Dans les deux cas, il y a rachialgie ou affection quelconque de la moelle épinière, et, ce qui le prouve, c'est la paralysie des extrémités dans les deux maladies.

M. Piorry. Je ne sais pas s'il est bien exact de dire qu'il y a nécessairement lésion de la moelle épinière dans tous les cas de colique végétale et de colique métallique. On sait, au contraire, que dans beaucoup de cas, la paralysie n'affecte que certains rameaux, certains filets nerveux, ce qui prouve que l'affection peut n'être que partielle, ou exister indépendamment de la lésion des centres nerveux.

M. Montaut. Je ne prétends pas nier que la maladie puisse affecter isolément un point déterminé de l'appareil nerveux. Les recherches de M. Tanquerel paraissent avoir démontré, je le sais, que la cause matérielle de la colique métallique, le plomb, affecte tantôt le cerveau, tantôt la moelle épinière, tantôt des portions isolées et périphériques du système nerveux. Mais quelque importants, quelque curieux que soient les faits signalés par notre collègue, il n'en faudrait certes pas conclure que, lorsque la paraly-

sie se prononce simultanément dans les deux extrémités inférieures, et dans une foule d'autres cas, la cause principale, essentielle de la paralysie, ne se trouve pas dans la moelle épinière. M. Tanquerel n'a jamais émis une opinion aussi exclusive, qu'il ne partage en aucune manière.

M. Bourgeois. Pendant mon séjour à Madrid, j'ai été à même d'y voir un grand nombre d'exemples de colique végétale, et peut-être dois-je rappeler, à cette occasion, la manière toute différente dont les médecins français et espagnols considéraient la maladie, sous le double rapport de sa nature et de son traitement. A cette époque, la doctrine physiologique brillait de tout son éclat, et la colique végétale aussi était regardée par les médecins français comme une forme de gastro-entérite que l'on traitait par les antiphlogistiques. Les médecins espagnols, au contraire, la rapportaient à une affection nerveuse ou rhumatismale, et la combattaient le plus ordinairement par les narcotiques ou les purgatifs. J'ai pu constater la complète insuffisance du traitement antiphlogistique. La méthode curative adoptée par les médecins espagnols réussissait ordinairement en peu de temps.

M. Prus. Je remercie M. Montaut d'avoir répondu à l'objection que m'a faite l'honorable auteur du traité de la colique métallique, relativement à la paralysie des extrémités considérée comme point de ressemblance entre la colique végétale et la colique métallique. J'ajouterai seulement que les observations recueillies à Cayenne par notre collègue font voir que l'épilepsie se montre assez fréquemment dans la dernière période de la colique végétale, comme je l'ai vue plusieurs fois à la Charité venir terminer les souffrances des individus atteints de la maladie saturnine. J'ai pu suivre, dans ces cas, la marche de la douleur rachialgique, et voir l'épilepsie éclater lorsque cette

douleur se faisait sentir dans les parties supérieures de la moelle. Depuis ce moment, j'ai toujours pensé que l'étude attentive de l'affection saturnine était appelée à éclairer l'étiologie de l'épilepsie.

Je suis loin, d'ailleurs, de contester l'utilité de l'étude des affections locales que détermine le plomb, de l'amaurose, par exemple, qui est alors facile à guérir. Dès 1828, j'ai plusieurs fois appelé l'attention de M. Andral, et des autres médecins qui suivaient alors la clinique de M. Lherminier, sur les douleurs comme névralgiques qu'on observe dans les membres, ou sur le trajet des nerfs inter-costaux et de ceux qui se rendent aux parois abdominales, chez les individus qui ont été soumis à l'influence du plomb.

M. Piorry et plusieurs autres membres demandent la parole sur les causes et la marche de l'épilepsie. Attendu l'heure avancée, la continuation de la discussion est renvoyée à une prochaine séance.

VARIÉTÉS.

Séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris. — Distribution des prix.

La séance publique annuelle pour la distribution des prix à la Faculté de médecine a eu lieu, suivant l'usage, dans le grand amphithéâtre de l'école, le lundi 5 novembre, sous la présidence de M. Orfila.

Après le discours, prononcé par M. le professeur Marjolin, et consacré, pour la plus grande partie, à l'éloge d'Alibert, les noms des lauréats ont été proclamés par M. Sanson dans l'ordre suivant :

Prix fondé par Montyon. (1838.)

Une médaille d'or de 400 fr. à M. Landouzy, natif d'Épernay (Marne).

La Faculté n'a pu décerner que des éloges aux mémoires de MM. Stauski et Doué.

Prix fondé par Corvisart.

Premier prix, *ex-æquo*, consistant en une médaille d'argent et en livres, à MM. Jouarre d'Armentière (Nord), et Thore, de Sceaux (Seine).

Deuxième prix, médaille d'argent, à M. le docteur Andry (Félix).

Troisième prix, encouragement et livres, à M. Borel (Louis), natif d'Orléans (Loiret).

Prix de l'École pratique. (*Concours de* 1838.)

Premier prix, médaille d'or, livres et réception gratuite, à M. Becquerel (Louis), de Paris (Seine).

Deuxième premier prix, médaille d'argent, livres et réception gratuite, à M. Barthez, de Narbonne (Aude).

Troisième premier prix, médaille d'argent, livres et réception gratuite, à M. Ponchel, du département du Pas-de-Calais.

Premier second prix, à M. Rendu, de Maisons-Alfort (Seine).

Premier accessit, à M. Prestat.

Deuxième accessit, à M. Cambernon.

Concours pour les prix d'élèves sages-femmes.

La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner de prix cette année ; elle se borne à décerner des encouragements à mesdames Péclart, Saleur et Cécile.

— La séance a été terminée par la proclamation du nom des élèves admis à faire partie de l'École pratique, et la lecture des sujets de prix.

Prix fondé par Montyon.

Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris, sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 400 francs, sera décerné dans la séance publique de la Faculté ;

Les mémoires pour le prix de 1839 ne seront pas reçus passé le 1er août de la même année.

Prix fondé par Corvisart.

La Faculté a arrêté, pour sujet du prix de clinique à décerner en 1839, la question suivante :

Déterminer, par des observations recueillies dans les cliniques de la Faculté pendant l'année 1838-1839, les effets des vésicants, dans les divers cas où ils sont employés.

Du 15 août au 1er septembre 1839, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au numéro du lit qui lui aura été désigné ;

2° La réponse à la question proposée.

NÉCROLOGIE.

Mort et obsèques de M. Broussais.

Le professeur Broussais est mort à sa maison de campagne de Vitry, près Paris, le samedi 17 novembre, à une heure du matin. Ce célèbre médecin était affecté d'une tumeur cancéreuse du rectum; et l'altération cachectique de son teint annonçait, depuis quelque temps, à ceux même qui ne faisaient que l'apercevoir dans sa voiture, une atteinte grave et profonde; cependant, il ne fut jamais complètement alité, et, le 5 de ce mois, il assistait encore en grand costume à la séance solennelle de rentrée de la Faculté. Il a travaillé, dit-on, jusqu'au dernier jour de sa vie à une nouvelle édition de son *Traité de l'irritation et de la folie*, et à un mémoire de philosophie en réponse à M. Jouffroy, de l'Académie des sciences morales. Le vendredi 16, à 9 heures du soir, après avoir pris un potage qu'il avait demandé, il tomba tout-à-coup sans connaissance; un chirurgien de Vitry fut appelé, et lui fit une saignée de bras qui donna peu de sang. Des sangsues furent ensuite apposées au col, mais sans plus de succès; l'illustre malade ne reprit pas connaissance, et s'éteignit à une heure après minuit. Ces dernières circonstances de la maladie, et les résultats de *l'autopsie* qui ne révélaient aucune cause de mort subite, avaient fait naître quelques vagues soupçons d'empoisonnement. La *Gazette des Tribunaux* annonçait, deux jours après, que l'autorité judiciaire avait cru devoir intervenir, qu'une information était commencée par le juge d'instruction, et que l'analyse des matières recueillies dans l'estomac avait été confiée à MM. Orfila, Devergie et Lesueur. Aujourd'hui, un autre journal assure que les résultats de l'analyse chimique ont dissipé tous les soupçons.

(1828), et la troisième édition de l'*Examen*. C'est pendant ces vingt années que nous avons vu naître, grandir et mourir le système médical auquel est attaché son nom, et qui lui assure une place dans l'histoire de la science. C'est pendant ce court espace de temps que nous avons vu aussi s'élever rapidement, au milieu des acclamations passionnées de la foule, et disparaître bientôt dans la solitude et le silence, une renommée gigantesque : exemple fort ordinaire, sans doute, sur ce vaste théâtre des affaires humaines, mais qui surprend toujours, comme si c'était une nouveauté ou une anomalie. C'est, enfin, dans cet intervalle, que Broussais a publié ses plus importants écrits, et propagé par la parole dans sa chaire du Val-de-Grâce un enseignement qui éclipsa, pendant long-temps, celui de la Faculté tout entière.

» Nous ferons une revue rapide de ces différentes phases.

» Sous le rapport des événements, la biographie de Broussais est, comme en général celle des savants, extrêmement simple. Né à Saint-Malô le 17 décembre 1772, il partit à l'âge de 20 ans pour l'armée. Fils d'un médecin, il avait reçu dans la maison paternelle quelques principes, ou plutôt quelques exemples de médecine, et ce précédent suffit pour le faire admettre au nombre des apprentis-chirurgiens qui apprenaient leur métier sur le champ de bataille. Son éducation littéraire avait d'ailleurs été fort négligée ; car il paraît n'avoir fait aucunes études classiques. Il servit dix ans comme chirurgien dans la marine militaire. Reçu docteur à Paris en l'an 11, il y resta jusqu'en 1805, époque à laquelle il reprit du service dans l'armée de terre. Il fit diverses campagnes en Allemagne, en Hollande, en Espagne et en Italie jusqu'en 1814. Il fut alors nommé professeur à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce. Il fut un des membres de la fondation de l'Académie de

médecine. En 1831, il demanda et obtint une chaire à cette même Faculté, contre laquelle il avait élevé une école rivale, et il s'y absorba. Le caractère systématique de ses travaux le fit échouer à l'Académie des sciences, où sont accueillies de préférence les recherches exécutées au point de vue de l'observation. Par la même raison il fut admis (1833), avec un peu trop de facilité, à l'Académie des sciences morales et politiques.

» Telle est la biographie en quelque sorte extérieure de Broussais. Sa biographie intérieure, c'est-à-dire l'histoire de son enseignement, de ses idées et de ses écrits, offre plus d'intérêt, parce qu'elle manifeste sa personnalité, et fait partie en outre de l'histoire de la science médicale. Sa vie, cependant, peut jeter quelque lumière sur le caractère général de ses travaux et de ses écrits.

» Broussais était breton. C'est de cette ancienne province que sont sortis Abeilard, Descartes, Châteaubriand, La Mennais, esprits vifs, ardents, aimant le combat et le bruit qui en résulte; hardis jusqu'à la témérité, fermes jusqu'à l'obstination, passionnés jusqu'au fanatisme, absolus jusqu'à la contradiction et à l'injustice; essentiellement hommes de parti, mais subordonnant volontiers la vérité à leur système, et leur système à leur personne; hommes d'action dans le monde des idées, mais fort enclins à l'intolérance, c'est-à-dire à la tyrannie. Ces traits de caractère national se retrouvent dans le fondateur de l'école physiologique; ils se sont révélés en lui avec toute leur rudesse native, n'ayant pas été contrebalancés par une éducation littéraire et des études libérales. Le séjour des camps n'était guère propre à réparer cette première lacune. Tout son esprit, son intelligence et son talent ne purent suppléer à ce qui lui manquait du côté de la haute culture morale et intellectuelle. Il eut en partage la force, l'énergie, l'audace; mais

ces grandes qualités se montrèrent souvent trop à nu dans ses écrits et dans ses discours. Il les mit plus souvent au service des passions qu'à celui des idées ; et il semblait qu'il tenait moins à réformer la science qu'à révolutionner l'école. Il parlait bien plus en sectaire qu'en législateur, et s'adressait plus volontiers à la foule qu'aux esprits d'élite. Avec plus de connaissance des livres, avec plus de portée et d'étendue d'intelligence, avec plus de distinction dans l'esprit et le goût, il aurait peut-être moins agité la masse médicale: car la popularité ne va jamais sans une certaine dose de vulgarité. Peut-être, sans ces défauts, le fond de raison et de vérité, qui fit la force de sa polémique, n'aurait pas passé dans la généralité des esprits. S'il en est ainsi, ne nous plaignons pas de ces défauts; contentons-nous de les constater.

» La doctrine *physiologique*, considérée comme systématisation scientifique, et dans sa partie dogmatique, est une conception extrêmement faible ; et on a lieu de s'étonner qu'elle ait pu être imposée avec tant de facilité, et presque de toutes pièces, à l'immense majorité des médecins français, et qu'elle ait même modifié la médecine européenne. Elle dut en partie son succès à l'extrême simplicité de ses principes, et à l'apparente facilité qu'elle introduisait dans la pratique. Son plus grand mérite fut son caractère libéral et réformateur. L'auteur la donnait comme une protestation de l'esprit moderne contre l'esprit ancien. Il la mit sous la protection du mouvement politique..... il lui donna pour escorte la popularité qui s'attachait alors aux idées de liberté, d'indépendance, d'hostilité à l'ancien régime. L'embrasser, c'était faire acte de libéralisme, d'indépendance, de lumières, de progrès. La combattre, c'était se ranger sous la bannière de l'obscurantisme, du jésuitisme, du parti rétrograde. Cette doctrine étant devenue une des

forces de l'opposition fut ainsi un peu portée sur les épaules de tout le monde.

»Mais il faut aussi ajouter que sa force, comme instrument critique, était grande, et son inventeur s'en servait avec une vigueur sans égale et un rare talent. L'édifice de la médecine française, représenté par l'ouvrage de Pinel, ne pouvait certes offrir une grande résistance à une attaque régulière. Il y avait sans doute dans le corps médical d'alors de grandes lumières, et un fonds de connaissances pratiques auxquelles la médecine physiologique n'a que très-peu ajouté; mais la science médicale manquait de systématisation philosophique et d'unité. Elle était partout et nulle part; de sorte que, lorsque M. Broussais vint demander à son époque ce qu'elle savait en médecine, son époque ne sut que lui répondre. Il avait sa solution toute prête : elle fut aussitôt acceptée, non point tant parce qu'elle était bonne que parce qu'elle était une solution.

»Enfin, cette doctrine a eu de la puissance, parce que, malgré toute son insuffisance, elle avait une certaine généralité philosophique. Elle mettait en question les principes même de la science, et non plus quelques détails de la pratique. Elle était très tranchée, et entrait par tous les côtés dans les esprits.

»Quant à sa valeur propre, elle était d'un ordre inférieur. Ce n'est pas ici le lieu de réfuter une théorie depuis longtemps jugée, et qui appartient à l'histoire. Il suffit de dire que de toutes les hypothèses qui ont été mises au jour depuis Themison jusqu'à Brown, il n'y en a pas une peut-être qui ne suppose dans son inventeur plus de force de tête, et qui ne présente plus de probabilité comme explication des phénomènes. La doctrine de Brown, dont le système physiologique n'est qu'un rameau, et les systèmes méca-

niques et chimiques du siècle dernier valaient peut-être mieux sous ce rapport......

» C'est par le nombre et la variété des applications, c'est par la quantité et la qualité des travaux qu'elle provoque, qu'une doctrine prouve surtout sa puissance et sa valeur. Toutes les grandes doctrines médicales ont produit de beaux travaux; tous les grands chefs d'école ont eu des disciples célèbres. Jugée à cette mesure, l'école physiologique est bien pauvre : elle n'a produit ni un livre, ni un homme. Ses disciples n'ont été que des médiocrités dévouées, qui n'ont fait que répéter la parole du chef; tous les ouvrages qui en sont sortis, et le nombre en est grand, ne sont que des compilations ou des commentaires de ceux du maître. Broussais remplit à lui seul son règne, qui fut court, mais violent. Son école a commencé et fini avec lui; car personne ne s'imaginera qu'elle subsiste encore, parce qu'on saigne beaucoup dans les salles de quelques hôpitaux. Cette disette de travaux et de recherches originales est extrêmement remarquable. Sous ce rapport, l'école (anotomo-pathologiste) dont Laennec est le plus grand maître a été bien plus riche ; et à ce seul signe, on peut assurer que son idée était plus profonde et plus vraie. Quoique moins retentissante, elle a eu plus de fruits.

» Si ces observations ont quelque justesse et quelque vérité, on ne s'étonnera pas que le système médical de Broussais ait pu être à la fois si bruyant et si peu durable. La rapidité de ses succès et celle de sa chute s'expliquent par les mêmes causes.

» Du système, passons à l'homme. Nous avons déjà esquissé quelques traits de sa physionomie morale, qui avait quelques belles parties, fort gâtées par d'autres. Ses contemporains ont eu beaucoup à souffrir des insatiables désirs de son ambition, des prétentions excessives de son

amour-propre, du despotisme de ses opinions et de l'intempérance de ses paroles. Mais il est juste de dire, en son honneur et en celui de l'esprit humain, que cet homme si difficile, si impérieux, si exigeant, si indomptable, si injuste même, n'était tel qu'en matière de science et de spéculation. Profondément convaincu, il ne comprenait ni ne souffrait la contradiction. Ce n'est que dans les choses d'esprit qu'il portait cette fougue et cette impatience. L'expérience de ces dernières années a prouvé qu'il défendait les opinions des autres avec le même zèle, la même intolérance, la même hostilité que les siennes propres, témoin la phrénologie. Il a été disciple fanatique, après avoir été maître absolu. Quels que soient les inconvénients d'une telle organisation, le principe est bon; car c'est en définitive l'amour de la vérité, ou de ce qu'on croit la vérité. Hors de ce terrain toujours brûlant, Broussais était d'une douceur, d'une simplicité et d'une facilité pleines de charmes. Ces qualités, par malheur, s'exercèrent nécessairement dans un cercle fort étroit, tandis que ses facultés moins aimables se répandaient sur le plus vaste théâtre.

» Comme professeur, Broussais eût été tout à-fait nul s'il n'avait eu la qualité spéciale recommandée par Cicéron, l'action. Rien de plus pauvre, de plus pénible, de plus trivial, de plus embarrassé que son élocution. Il débitait aussi mal que possible les choses qu'il savait le mieux, et pourtant ses leçons ont captivé pendant long-temps la multitude des élèves; elles soulevaient l'enthousiasme et entraînaient les esprits. Par quel moyen? par un seul, mais qui est infaillible, par la passion. Personne n'a mieux accentué un sarcasme, une épigramme ou même une injure. Il y avait dans ses paroles (nous parlons des beaux temps du Val-de-Grâce) une espèce de feu intérieur qui les soute-

nait; c'est moins par ce qu'il disait que par la manière dont il le disait qu'il put intéresser et dominer tant de jeunes intelligences. Quand ce feu a été éteint, et qu'il n'a plus rien eu à dévorer, Broussais a perdu toute sa puissance. Ses cours à la Faculté et ses leçons de phrénologie ont constaté la plus complète décadence....

» Les ouvrages de M. Broussais ont de l'originalité : tout y appartient à l'auteur, idées et style. Personne n'a mieux justifié la maxime que le style est l'homme même. Le sien en effet est essentiellement personnel, si l'on peut s'exprimer ainsi. Il ne faut y chercher ni élaboration littéraire, ni aucune de ces qualités raffinées de ces écrivains polis par l'étude des modèles ; c'est la nature toute seule qui lui a créé une manière, et non point l'art et la réthorique. Comme Bichat, M. Broussais avait passé sa vie dans les hôpitaux et dans les camps, école meilleure pour le praticien que pour l'écrivain. Mais il n'avait pas comme Bichat cette grande et brillante imagination d'artiste, et ce goût natif pour le beau, qui, chez lui, triomphèrent du prosaïsme de l'éducation et des habitudes. Aussi, dans les meilleures pages de Broussais, on sent toujours quelque chose de crû, d'inculte et d'inachevé ; la forme en est saillante, vive et tout-à-fait libre, mais incorrecte et dure. C'est un écrivain maître de sa langue ; mais il la manie avec si peu de délicatesse et de précaution, que souvent il la brise et la déforme. Au reste, dans ses défauts comme dans ses qualités, une chose surtout domine : c'est son individualité profondément tranchée et originale. Il est toujours lui et jamais que lui. Soit qu'il décrive, soit qu'il raisonne, soit qu'il attaque, la pensée est tout et le style rien ; il n'y songe pas. Passionné, il ne voit que son but, et il y va par le chemin le plus court. Aussi ses écrits sont principalement remarquables par l'absence de toute prétention littéraire..... »

Les premiers ouvrages de M. Broussais (sa dissertation inaugurale sur la fièvre hectique, et l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, 1.re édit.), sont écrits d'une manière tout-à-fait commune, et ne révèlent pas encore ce talent d'écrivain qui fit en quelque sorte explosion dans l'*Examen des doctrines médicales*. L'enthousiasme du chef de secte fut le souffle créateur de ce talent, qui grandit et se fortifia surtout par la controverse. On se rappelle sa verve sarcastique et sa puissance d'argumentation contre les anatomo-pathologistes et les soi-disant éclectiques. Comme il écrasait sous le poids de son autorité ces disciples ingrats et présomptueux, qui, venant l'attaquer sur son propre terrain, et avec les armes qu'il leur avait données, osaient afficher la prétention d'élever autel contre autel! C'est qu'alors il était presque toujours dans le vrai; c'est qu'il avait presque toujours raison contre ses adversaires. Mais cet homme si intolérant, si âpre à la dispute, traduit par notre *hippocratisme* au tribunal du sens commun médical et de l'expérience universelle, ne trouvait plus un seul mot, un seul argument pour se défendre. Lorsqu'en 1831, nous entreprîmes de soumettre à une analyse sévère les faits de sa pratique médicale et les résumés de ses leçons de clinique, qu'il publiait mensuellement dans les *Annales de la médecine physiologique*, on s'attendait à voir tomber sur nous toutes les foudres du Val-de-Grâce. Mais M. Broussais cette fois fit la sourde oreille, et ne voulut jamais s'engager dans une discussion qui attaquait cependant tous les points fondamentaux de sa doctrine, et à laquelle il était chaque mois provoqué d'une manière assez pressante (1). Il ne se défendait qu'en abandonnant une à une et sans mot dire toutes ses positions, et en se laissant arracher des concessions qui

(1) *Voir* la *Revue médicale* depuis et y compris le mois de juil-

ruinaient de fond en comble sa doctrine. Ses articles devenaient de plus en plus rares dans les *Annales*. Bientôt, il n'y écrivit plus du tout; et ce journal, auquel il avait promis de si grandes destinées, expira d'inanition avec l'année 1834 (1). On peut avancer, comme un fait historique, que la doctrine physiologique expirait en même temps que ses *Annales*. M. Broussais, voyant ses cours de la Faculté tout-à-fait déserts, ne parlait presque plus de sa doctrine, et se rejetait, en désespoir de cause, sur la *phrénologie*, qui fut, comme on sait, l'occupation favorite de ses dernières années.

SOUSCRIPTION *ouverte pour l'érection d'un monument sur la tombe de M. Broussais.*

A M. le Directeur de la Revue médicale.

Paris, 18 novembre 1838.

Monsieur,

Une des plus grandes illustrations dont la médecine puisse s'enorgueillir, une des plus belles gloires scientifiques de la France, vient de s'éteindre en la personne de M. Broussais. Des amis de ce médecin célèbre, des admirateurs de son génie, ont exprimé le vœu de voir s'élever par souscription un monument sur sa tombe. Ce vœu ne peut manquer d'être entendu; car il tend à honorer une gloire bien légitimement acquise par quarante années de travaux, par quarante années de services rendus à la science, à la philosophie, à l'humanité.

---

let 1831 jusqu'au mois d'août 1832, en tête de l'article *Revue analytique et critique des journaux de médecine français*.

(1) *Revue médicale*, t. I de l'année 1835, p. 447.

Une commission s'est déjà formée pour en préparer l'accomplissement : composée de MM. Orfila, doyen de la Faculté de médecine; Bouillaud, professeur à la même Faculté; baron Larrey, inspecteur-général du service de santé des armées; Gasc, médecin en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce; Laneuville, ex-intendant militaire; Evrard, intendant militaire; Népomucène Lemercier, de l'Académie française; Droz, de l'Académie des sciences morales et politiques; Roche, de l'Académie royale de médecine; Frappart, médecin; Lacorbière, médecin; et J.-B. Baillière, libraire; elle s'est réunie hier, et s'est immédiatement constituée, en choisissant M. Orfila pour la présider, et en me désignant pour secrétaire.

Je viens, en cette qualité et au nom de la commission, M. le Rédacteur, vous prier de vouloir bien l'aider à accomplir son œuvre de reconnaissance et de justice, en publiant cette lettre dans votre journal, et en annonçant que la souscription est ouverte tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, de dix à quatre heures, dans les bureaux de la Faculté de médecine, de l'hôpital du Val-de-Grâce, chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 17, et chez tous les rédacteurs de journaux de médecine de la capitale.

J'ai l'honneur d'être, etc.

ROCHE, D.-M.-P.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Enchiridion medicum, ou Manuel de médecine pratique, fruit d'une expérience de cinquante ans ; par Chrétien-Guillaume HUFELAND, premier médecin du roi de Prusse. Traduit de l'allemand sur la quatrième édition, par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie royale de médecine (1).

Son titre seul, avec le nom de son illustre et vénérable auteur, imprime à ce livre un tel caractère d'autorité morale et scientifique, qu'il y aurait de notre part quelqu'inconvenance à en parler comme d'un ouvrage ordinaire. C'est pourquoi, dérogeant pour cette fois à nos habitudes, et abdiquant nos fonctions de critique, nous n'emploierons pour le faire connaître que les paroles de l'auteur lui-même, paroles pleines de sens et de véritable dignité, qui inspirent tout à la fois le respect et la confiance, et qui n'ont pas besoin de commentaires pour être bien appréciées de nos lecteurs. Voici donc *textuellement* la préface de HUFELAND, suivant la traduction du docteur Jourdan, son digne interprète:

« Enseigner et agir ont rempli ma vie entière. Pendant cinquante »années consacrées à l'exercice et à l'enseignement de la médecine, »j'ai eu assez d'occasions de reconnaître, tant ce qu'il y a d'invariable, d'essentiel et d'utile dans la pratique, que ce qui peut imprimer une bonne direction et fournir un guide sûr aux jeunes gens »appelés à débuter dans la carrière médicale. J'ai donc cru ne pouvoir mieux employer la fin de ma vie qu'à en présenter les résultats »sous la rédaction la plus serrée et la plus concise.

« De là naquit cet ouvrage, qui, depuis plusieurs années déjà, »était mon occupation journalière, aux heures de loisir. Il ne devait

(1) 1 gros vol. in-8° de plus de 800 pages. Paris, 1838. Librairie médicale et scientifique de P. Lucas, à l'angle des rues Racine et de la Harpe, 82

»être livré au public qu'après ma mort; je prie donc de le considé»rer comme la parole et le legs d'un homme qui a vécu, et qui n'at»tend plus rien du monde. Mais la Providence ayant prolongé mes »jours au-delà de mon attente, je n'ai pu résister aux instances de »mes amis, qui m'engageaient à le publier et à ne pas retarder l'in»fluence utile qu'il est peut-être appelé à exercer. Je m'y décidai »d'autant plus volontiers que je ne voulais pas en retenir trop long»temps le produit, destiné par moi à une fondation en faveur des »médecins nécessiteux.

»Ce livre a donc deux buts.

»D'abord il doit servir de guide clinique aux médecins qui débu»tent, imprimer une direction convenable à leur esprit, et leur of»frir, exempt de toute hypothèse, l'exposé aussi rapide et abrégé que »possible des notions les plus nécessaires que la pratique fournit, à »l'égard tant des méthodes thérapeutiques que des médicaments sur »lesquels on peut le plus compter dans chaque maladie.

»De plus, il me fournit à moi-même le moyen de consigner le ré»sultat de ma longue expérience, en ce qui concerne la théorie et le »traitement des maladies.

»En le rédigeant, j'ai toujours songé aux jeunes médecins pour »lesquels j'écrivais. Les heures que j'y consacrais semblaient faire »suite à l'enseignement clinique auquel je m'étais livré pendant une »si longue série d'années, et que l'âge ne me permettait plus de »continuer au lit du malade. J'ai donc eu principalement sous les »yeux les besoins de celui qui débute dans la carrière médicale, et »partout j'ai cherché les meilleurs moyens d'y satisfaire.

»Ainsi cet ouvrage a pour tendance de simplifier autant que pos»sible la nosographie et la thérapeutique, et pour caractère de re»poser uniquement sur l'observation, dans tout ce qui concerne »l'exposition des maladies et la manière de les juger.

»De là sont résultées les qualités suivantes qui le distinguent.

»Le diagnostic des maladies est exposé avec autant de brièveté et »de précision que possible. Je ne donne que les signes pathognomo»niques essentiels, ceux qui se lient inséparablement à l'existence »d'une maladie, la différencient de toutes les autres, et sont compa»rables aux caractères spécifiques que les naturalistes assignent aux »espèces de plantes et d'animaux. Car j'ai reconnu que les descrip-

»tions trop détaillées rendent le dignostic difficile, et l'embrouil-»lent même, au début des études.

»Dans la pathologie et l'analyse, j'ai soigneusement évité tout ce »qui porte le cachet des hypothèses ou des idées spéculatives, et je »n'ai rapporté que les théories reposant sur les faits, celles sans les-»quelles on ne saurait raisonner, ni par conséquent s'élever à des »idées thérapeutiques justes et à la connaissance des indications.

»Eu égard à la thérapeutique, j'ai noté l'idée et l'indication fon-»damentale du traitement. Pour ce qui concerne les procédés et »moyens, dont le nombre s'accroît chaque jour, mais qui souvent »retombent dans l'oubli avec la même promptitude qu'ils en sortent, »et qui ne font qu'embarrasser le jeune praticien, au lieu de les citer »tous, j'ai choisi seulement ceux dont une longue expérience a rendu »l'efficacité non douteuse pour moi. Si donc il arrivait qu'on trou-»vât omis quelque médicament nouveau, ceux que je recommande »auront au moins, je l'espère, le mérite de pouvoir être employés »en toute confiance.

»Quant à la classification des maladies, elle ne diffère pas de celle »qu'en tout temps j'ai adoptée dans mon enseignement et jugée la »plus utile pour l'usage clinique. C'est la division d'après les symp-»tômes prédominants. J'ai toujours trouvé que le mieux pour la »pratique, et surtout pour les commençants, était de se conformer »à la marche de la nature, celle dont on ne doit jamais s'écarter au »lit du malade, et qui consiste à procéder du dehors au dedans. Elle »nous montre d'abord les phénomènes, l'image ou le portrait de la »maladie; nous devons ensuite nous accoutumer à pénétrer dans »l'intérieur, à scruter l'essence de la maladie, ce qu'elle dérobe à »nos regards, son siége et ses relations tant avec l'état de l'organisme »qu'avec les causes, et asseoir enfin sur ces recherches les bases »d'un plan de traitement. En agissant ainsi, on a le grand avantage »d'arriver à connaître ce qu'il y a de général dans chaque classe, »l'idée-mère de la pathogénie des maladies qui y sont renfermées, »les indications fondamentales du traitement qu'elles réclament, et »par conséquent d'acquérir une théorie et une méthode curative »exactes pour toutes ces maladies, dont chacune n'exige plus dès-»lors que les détails rendus nécessaires par la différence des lieux »affectés, ce qui non-seulement a beaucoup d'utilité pour la pra-

atique, et en diminue les difficultés, mais encore évite de fastidieu-»ses répétitions. Ainsi, par exemple, quand on adopte la division »par systèmes, on est obligé d'examiner, à chaque organe, tous les »genres de spasmes, d'affections nerveuses, de vices des sécrétions, »de flux et d'inflammations, sans pouvoir, ce qui est néanmoins le »point capital pour le praticien, reproduire chaque fois les idées »fondamentales de pathogénie et de thérapeutique applicables à la »classe entière. Aussi, quoique je regarde cette division d'après les »systèmes comme très-convenable pour un cadre nosologique, je »demeure persuadé que l'autre vaut mieux pour le praticien.

»Je dois encore faire remarquer que je livre mon ouvrage au pu-»blic sans nulle prétention à la renommée. Je m'estime heureux »d'être arrivé à un âge où ces considérations terrestres ne me tou-»chent plus. C'est seulement un tribut que j'ai cru devoir payer »encore avant de quitter le monde

»Puisse-t-il, en ce sens, être accueilli avec bienveillance, et at-»teindre au but pour lequel je l'ai destiné, celui d'être utile, et sur-»tout de guider sûrement le jeune praticien au lit du malade. Car je »le termine par la même sentence qui servit d'épigraphe à mon »premier écrit, le Mémoire couronné sur les scrofules : *Nisi utile »est, quod agimus, vana est gloria nostra.*»

Nous reviendrons plus d'une fois sur ce testament médical de l'Hippocrate allemand, qui sera pour nous un texte fécond de bonne philosophie médicale et de médecine pratique.

Nouvelles Considérations sur les affections nerveuses de la vue, confondues par les auteurs sous le nom générique d'amaurose; par le docteur G. L. Bessières. — Paris, 1838. Chez Germer Baillière. 31 pages in-8°.

Il résulte des *Considérations nouvelles* émises dans cet opuscule que nous ne savons pas grand'chose sur l'amaurose, ses causes et son traitement; qu'il faut simplement refaire de toutes pièces les idées que nous possédons sur sa nature et ses variétés, malgré les travaux de Scarpa, de Weller, l'excellent article de M. le professeur Sanson sur l'amaurose dans le Dictionnaire en 15 vol.; le traité presque

complet, si savant et si ingénieux, sinon toujours bien pratique, de M. Sichel, toutes choses regardées comme non avenues par M. Bessières. Pour lui un principe physiologique incontestable aurait dû servir de point de départ ; on l'a méconnu. « C'est, dit-il, qu'il faut toujours que l'action du nerf optique et de la rétine, et celle du nerf de la cinquième paire, soient en rapport d'équilibre parfait. Toutes les fois que ce défaut d'équilibre existe par l'un ou l'autre de ces deux nerfs, il y a cécité plus ou moins complète, c'est-à-dire qu'il y a lésion ou interruption dans l'action de l'un ou de l'autre, ce qui constitue toutes les amblyopies amaurotiques, et les amauroses incomplètes; quand il y a lésion des deux, il y a alors amaurose complète. » D'où résulte l'importance de pouvoir distinguer ces différents états, afin de leur porter les remèdes rationnels qui leur conviennent. Les variétés si nombreuses de cécité plus ou moins complète sont rattachées par M. Bessières à quatre chefs principaux :

1° Amaurose par injection et compression de la partie inférieure et antérieure du cerveau.

2° Amaurose par altération du nerf de la cinquième paire, avec excès de sensibilité de la rétine, ou avec défaut de sens*ibilité*. C'est dans cette dernière que l'électricité voltaïque a réussi; M. Bessières rapporte un cas où la galvano-puncture produisit les plus grands avantages, après toutefois l'emploi des ventouses scarifiées à la nuque, des purgatifs, du vésicatoire entretenu sur le sinciput préalablement rasé.

3° Amaurose par altération de la rétine et du nerf optique.

4° Amaurose par altération simultanée du nerf de la cinquième paire, de la rétine et du nerf optique. Cette dernière est absolument incurable, surtout si elle est ancienne.

Ce travail n'étant lui-même qu'un exposé fort succinct des recherches qui, plus tard, seront exposées avec détail, nous bornons là notre analyse, en conseillant à l'auteur de ne pas trop sévèrement juger ni repousser les travaux que lui ont légués ses devanciers; car s'ils laissent un peu à glaner, ils ont fait, eux aussi, une ample moisson. Nous lui rappellerons enfin qu'il faut se défier de la tendance si commune à notre époque *éminemment progressive*,

de vouloir constamment trouver et publier des faits nouveaux et des idées neuves.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

OEuvres complètes de John Hunter, traduites de l'anglais sur l'édition du docteur J.-F. Palmer, avec des notes par G. Richelot, D.-M.-P., membre de la Société médicale pratique de Paris, médecin du bureau de bienfaisance du IV[e] arrondissement, membre correspondant de la Société royale académique du département de la Loire-Inférieure. — Première livraison (avec planche et portrait de l'auteur) : *Vie de Hunter ; — Leçons de chirurgie.* A Paris, chez Labé, libraire, ancienne maison Gabon, rue de l'École-de-Médecine, 10.

Conditions de la souscription. — Les *OEuvres complètes de J. Hunter* paraîtront de trois en trois mois par livraisons de dix feuilles grand in-8° et quatre planches in-4°. — Prix : 3 fr. 50 c.

Librairie médicale de Germer Baillière, 17, *rue de l'École-de-Médecine, à Paris.*

De la médecine légale des aliénés dans ses rapports avec la législation criminelle; par A. Bottex, médecin de l'hospice de l'Antiquaille à Lyon. 1 vol. in-8° de 100 pages.

Traité théorique et pratique des altérations simples et cancéreuses de la matrice, par L. Duparcque, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux civils de Paris. (Ouvrage qui a remporté le prix proposé par la Société de médecine de Bordeaux). Deuxième édition entièrement refondue et très-augmentée. 1 vol. in-8° de 554 pages.

Manuel des Sages-Femmes, contenant la saignée, l'application des ventouses, la vaccine, la description et l'usage des instruments relatifs aux accouchements. des notes sur plusieurs parties des accouchements, pour servir de complément aux Principes d'accouchement de Baudelocque; par F. S. Moreau, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Maison d'accouchements de Paris.— 1 vol. in-12 de 168 pages avec 5 planches, dont 4 coloriées. 2 fr.

Traité théorique et pratique des maladies des femmes; par F. Imbert, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur à l'École secondaire de médecine de la même ville. Tome I, contenant les névroses génitales, encéphaliques, les affections des ovaires et des trompes, les maladies de la grossesse.— 1 vol. in-8° de 488 pages, 6 fr.

Le tome second s'imprime et paraîtra dans six mois.

Études médicales, ou Mémoire en réponse aux accusations portées contre la doctrine médicale homœopathique; par A. Chargé, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Marseille. 1 vol. in-8° de 226. 4 fr.

Traité de chirurgie; par M. J. Chélius, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Heidelberg, traduit de l'allemand sur la quatrième édition, par J.-B. Pigné, ancien interne des hôpitaux de Paris. Sixième livraison, contenant l'hydrocèle, les calculs urinaires, la lithotripsie, la cystotomie, le goître, les tumeurs et les tubercules des os, le fongus de la dure-mère, les tumeurs enkystées, les corps cartilagineux des articulations, le fongus médullaire, les polypes —In-8°. 2 fr. 50 c.

La septième et dernière livraison paraîtra en janvier 1839.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

(*Décembre 1838.*)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

MÉMOIRE

SUR

LES CAUSES DU PIED-BOT EN GÉNÉRAL,

ET

DES PRINCIPALES VARIÉTÉS DE CE VICE DE CONFORMATION,

(*Avec figures*);

PAR M. DUVAL, D.-M.-P.,

Directeur des traitements orthopédiques des hôpitaux civils de Paris (1).

Les causes sous l'influence desquelles le pied-bot, natif ou congénial, peut se développer, sont plutôt supposées

(1) La cure radicale du pied-bot par la section des tendons, ou *ténotomie*, est peut-être, à tout prendre, la plus belle conquête de la chirurgie moderne, elle l'emporte même sur la lithotritie par la sûreté des résultats, et par la généralité d'application, puisqu'elle ne peut être remplacée par aucune autre opération dans tous les cas où elle est applicable. Placé, par la date de ses premiers travaux,

qu'indiquées par les auteurs, et nous ne sachions pas qu'il ait été dit ou écrit quelque chose de parfaitement concluant à cet égard. La question est encore débattue, et rien ne lui assigne une solution bien prochaine. Il ne faut en accuser, au reste, ni la sagacité, ni le mérite des auteurs auxquels nous faisons allusion. Le sein maternel est un sanctuaire mystérieux, impénétrable à nos moyens directs d'investigation : chacun donc peut raisonner sur le mécanisme des opérations, soit normales soit anormales, qui s'y accomplissent, selon les théories dont il a été imbu, ou selon le calcul plus ou moins logique de certaines probabilités. Il est vrai de dire cependant, que, par induction et surtout par comparaison, en joignant à une théorie bien faite des observations nombreuses et l'étude approfondie des diverses causes auxquelles sont dus les pieds-bots consécutifs, le praticien peut arriver à une certitude, non point mathématique, mais rationnelle, touchant la véritable origine du pied-bot de naissance. Telle est, du moins, la conviction que quinze années de pratique nous ont donnée. Nous allons donc examiner

---

par les nombreux succès de sa pratique depuis plus de douze ans, et par le vaste théâtre sur lequel il exerce, à la tête de cette spécialité chirurgicale, le docteur Duval ne pouvait rester étranger ou indifférent à la discussion qui s'est élevée en dernier lieu, dans le sein de l'Académie, sur les causes des pieds-bots. Le mémoire qu'il a bien voulu nous adresser à cette occasion, et que nous publions ici, joint au mérite de l'*actualité*, le mérite plus précieux encore de quelques aperçus nouveaux sur l'étiologie du pied-bot, d'une appréciation judicieuse des opinions purement théoriques émises à ce sujet dans la discussion de l'Académie, et enfin d'observations pratiques dont l'exactitude et l'authenticité ne sauraient être contestées.

(N. R.)

d'abord les deux causes de la stréphopodie (1) native que nous considérons comme les plus probables, et qui sont, 1° *la mauvaise position ou l'exagération de la position naturelle des pieds dans l'utérus pendant une partie de la grossesse; 2° la lésion de l'appareil cérébro-spinal ou de ses membranes*. Ensuite nous passerons en revue les différentes autres causes admises par les auteurs.

Quand on réfléchit à la position habituelle des membres abdominaux du fœtus dans le sein de la mère, on a lieu d'être surpris que les sujets qui viennent au monde avec cette difformité ne soient pas plus nombreux. On sait, en effet, que le fœtus, depuis son premier développement saisissable jusqu'à l'âge de neuf mois, a une tendance à renverser les pieds en dedans, leur bord externe et leur pointe étant abaissés, tandis que leur bord interne et le talon sont élevés : tendance qui est l'effet de la position des membres abdominaux dans l'utérus, et qui se retrouve après la naissance et se maintient assez généralement jusqu'à ce que l'enfant ait marché seul pendant quelques mois. On conçoit, par conséquent, avec quelle facilité cette disposition, produit de l'arrangement naturel des extrémités inférieures dans l'utérus, peut emprunter aux moindres circonstances adjuvantes des raisons d'accroissement et d'exagération, et devenir vicieuse. Il est tout simple, ensuite, que le développement des puissances musculaires et des ligaments puisse être modifié par la prolongation du quasi-vice de la nature, et qu'un changement notable survienne dans les rapports des os du pied entre eux. Ainsi donc, l'exagération de la position des

(1) De στρέφω, tordre, tourner, dévier, et de πους, ποδός, pied.

pieds dans l'utérus persistant, les muscles de la partie interne et postérieure de la jambe finiront par se raccourcir, et leurs antagonistes par s'allonger; les ligaments feront comme les muscles.

Voilà pour la déviation native du pied en dedans, *stréphendopodie* (1), ou *varus*. *figure* I:

Des raisons analogues, et fondées sur les mêmes principes d'observation, serviraient pour expliquer les autres sortes de déviations natives des pieds, savoir: la déviation en dehors, la déviation en dessous, la déviation en haut, la déviation en bas.

C'est ainsi, par exemple, que la *stréphexopodie* (2) native, déviation en dehors, *valgus*, s'expliquerait par le raccourcissement permanent des muscles péroniers, et souvent aussi de ceux du mollet, *figure* II:



Cette deuxième variété de la déviation du pied en dehors est beaucoup moins fréquente que la première, surtout à l'état congénital : ce qu'on pourrait expliquer par le moindre volume des muscles de la partie externe de la jambe ou péroniers.

(1) Dérivé des deux mots grecs précédents et de ἔνδον, en dedans.

(2) Idem, et de ἔξω, en dehors.

La *stréphocatopodie* (1) native, déviation en bas, *pes equinus*, tiendrait au raccourcissement permanent des muscles du mollet, accompagné parfois de celui des longs fléchisseurs des orteils, *figure* III:



Cette troisième variété est de même assez rare à l'état congénital; mais elle est la plus commune dans les pieds-bots accidentels, dont elle forme à peu près les trois quarts.

La même modification des mêmes muscles, et particulièrement du court fléchisseur des orteils, amènerait la *stréphypopodie* native (2), déviation en dessous, *figure* IV :

Cette quatrième variété de déviation, qu'on rencontre très-rarement dans la pratique serait plus fréquente, si l'on n'avait pas soin de faire porter de bonne heure aux enfants affectés de pieds équin très développés des chaussures assez solides pour empêcher le renversement du pied en dessous.

(1) Idem, et de κάτω, en bas.

(2) Idem, et de ὑπὸ, en dessous.

Enfin la déviation native en haut, *strephanopodie* (1), devrait être attribuée au raccourcissement permanent des muscles extenseurs des orteils, jambier antérieur et péroniers; *figure* 5 :

Cette opinion que les pieds bots natifs doivent leur origine à l'exagération de la position naturelle des pieds du fœtus dans le sein de la mère pourrait être fortifiée par l'observation des flexions natives des membres. Nous avons été consulté trois fois pour des affections de ce genre : la première fois il s'agissait d'un enfant nouveau-né, qui, lorsqu'on le débarrassait de son maillot, portait aussitôt les deux cuisses le long du tronc, les jambes étant fléchies et appliquées immédiatement sur la partie postérieure des cuisses. Le second enfant ne présentait qu'un seul membre dans ce singulier état d'anomalie; et chez le troisième, la flexion affectait, non pas les membres inférieurs, mais les membres supérieurs ; ainsi les avant-bras étaient fléchis sur les bras, et les mains embrassaient le moignon de l'épaule. Dans les trois cas, les muscles fléchisseurs offraient un raccourcissement remarquable, et tous les efforts tentés pour ramener les membres à leur état normal n'obtenaient qu'un résultat imparfait, sans aucune durée. Le même phénomène s'est présenté plusieurs fois dans notre pratique en compagnie d'un pied-bot natif.

Après cette première cause, dont la démonstration

(1) Idem, et de ἄνω, en haut.

physiologique n'est rien moins que difficile, vient la seconde que nous croyons de beaucoup la plus commune et la plus féconde ; nous voulons parler de *la lésion de l'appareil cérébro-spinal* (1).

Nous avons vu un grand nombre d'enfants nés hémiplégiques ou paraplégiques, être affectés d'un pied-bot correspondant au côté paralysé. Tous ces enfants étaient venus au monde avec une raideur générale des membres, raideur qu'ils avaient gardée pendant une semaine et quelquefois plus. L'un d'eux, entre autres, présentait simultanément un commencement de torticolis, un pied-bot équin-varus à droite et un valgus à gauche. Chez cet enfant, les deux membres inférieurs seulement étaient paralysés. Un autre, stréphanopode à gauche et stréphendopode à droite, était en même temps affligé d'un double strabisme. Un autre, atteint de paralysie partielle des membres inférieurs, présentait une déviation en bas et en dedans (équin-varus), sur un pied, tandis que le membre opposé se montrait non point difforme, mais tout-à-fait flasque et amaigri par suite de la paralysie. Dix fois au moins nous avons vu un membre paralysé se terminer par un pied-bot et l'autre membre rester sans aucune affection quelconque, non plus que le reste du corps. Enfin nous avons été consulté pour quatre enfants nés hémiplégiques, tous quatre avec un pied-bot du côté frappé de paralysie.

(1) Nous avons depuis long-temps, et les premiers, signalé cette cause (la lésion de l'appareil cérébro-spinal), comme produisant le plus souvent les pieds-bots, non-seulement consécutifs mais encore natifs, dans notre Aperçu sur ces difformités, publié en 1833, et dans le rapport que nous avons fait au conseil des hôpitaux, en 1832.

Chez plusieurs de ces enfants venus au monde paralysés d'un ou des deux membres inférieurs, avec déviation du pied, nous avons souvent vu l'état paralytique disparaître en quelques mois, et le pied-bot se maintenir; chez d'autres la paralysie persister, et le membre difforme s'atrophier de plus en plus. On a souvent remarqué que les enfants qui naissent *stréphopodes* ont le membre inférieur difforme plus mince, plus raide et moins chaud au toucher, moins vivant, en un mot, que celui qui ne l'est pas. Nous pensons à ce sujet que le plus ou moins de volume et de force du membre affecté de déviation au moment de la naissance peut très-bien servir à faire reconnaître si la difformité s'est développée sous l'influence de contractures paralytiques, ou s'il faut l'attribuer à une autre cause, telle que la position vicieuse des pieds dans l'utérus; car, en cas de paralysie antérieure à la naissance, le membre est plus grêle, le pied plutôt dévié en bas qu'en dedans. On trouve souvent de la contracture dans les muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, et même dans les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin. Cet état de raideur générale ne dure ordinairement que quelques jours, quelques semaines au plus, la lésion cérébrale, spinale, ou cérébro-spinale étant guérie alors, ou tout près de l'être.

C'est à l'observation de cette raideur, de cette contracture primitive, qu'un mécanicien de Paris doit la singulière erreur dans laquelle il est tombé relativement à l'origine des pieds-bots natifs. Ce mécanicien, ainsi qu'il résulte d'un mémoire adressé par lui à l'Académie royale de médecine, et sur lequel une discussion a été engagée, ce mécanicien, disons-nous, fait consister la cause des

pieds-bots natifs dans la pression exercée sur le fœtus par les parois de l'utérus, *en raison de l'absence plus ou moins complète des eaux de l'amnios.* Nous laisserons un célèbre professeur, M. Breschet, si compétent dans la matière, répondre à l'auteur du mémoire.

« Comment admettre, dit M. Breschet, que l'utérus » puisse jamais comprimer le fœtus assez long-temps pour » dévier les pieds de leur direction normale, si, comme » tout le monde en est instruit, les eaux de l'amnios s'op- » posent à cette compression? La supposition de l'absence » du liquide amniotique ne saurait logiquement conduire à » la conséquence qu'on voudrait en tirer; car cet état ne » serait guère durable. Tout le monde sait, en effet, que » du moment où les eaux de l'amnios ont coulé, l'accou- » chement est inévitable, soit que cet écoulement ait lieu » spontanément ou bien accidentellement. Si l'accouche- » ment n'a pas lieu immédiatement, l'enfant meurt, et » dans aucun cas on ne saurait admettre que la compres- » sion de la matrice puisse déterminer la formation du » pied-bot congénital. »

Depuis que nous avons lu dans le Bulletin de l'Académie de médecine, l'extrait ou l'analyse du mémoire dont il s'agit, nous avons eu occasion de voir plus de trente enfants nouveau-nés atteints de déviations congénitales des pieds, et nous n'avons pas appris une seule fois que l'accouchement se fût fait à sec. Presque toujours, au contraire, on nous a dit que si l'enfant était difforme, c'était sans doute parce qu'il avait pu se déplacer et prendre une fausse posture dans l'utérus, *à cause de l'abondance des eaux;* propos de bonne femme si l'on veut, mais

qui est l'expression d'un fait opposé à la théorie que nous combattons.

D'autres raisons viendraient encore à l'appui de notre opinion sur l'influence des lésions de l'appareil cérébro-spinal en ce qui touche la production des difformités de l'enfant dans le sein de la mère. Ainsi, par exemple, la plupart des femmes qui donnent naissance à des enfants affectés de stréphopodie, ont eu une grossesse pénible ; elles ont éprouvé des malaises fréquents et répétés, des maladies dans lesquelles le système nerveux a été exalté ; elles ont été soumises à de vives commotions morales, à des chagrins cuisants, à des peurs, à des frayeurs, etc. D'autres ont souffert de la misère, du froid, de la faim ; d'autres ont fait des chutes, ou bien elles ont subi un travail forcé, hors de proportion avec leur organisation et leur santé. Tous les praticiens observateurs connaissent la puissance des relations sympathiques de la mère sur son enfant, non-seulement durant la gestation, mais encore pendant l'allaitement. Ne voyons-nous pas journellement une violente commotion morale tuer un enfant dans le ventre de sa mère, ou déterminer des convulsions terribles chez l'enfant aussitôt après qu'il a tété l'infortunée que cette commotion vient de frapper? Ce sont là des faits trop vulgaires pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

De même, nous avons observé que le pied-bot natif ou consécutif à la naissance pouvait souvent coïncider avec l'état lymphatico-nerveux de la constitution de l'enfant, avec le grand développement de la masse cérébrale dans le premier âge. La stréphopodie dans les familles est généralement en proportion de la disposition des sujets

aux convulsions et aux inflammations cérébrales. Remarquez, au reste, que les enfants dans le sein de la mère sont exposés non-seulement aux affections de l'appareil cérébro-spinal, mais à presque toutes les autres maladies. Tous les ouvrages modernes qui traitent des maladies des enfants et notamment l'intéressant mémoire de M. L. Véron, en font foi. Lorsque M. Véron était interne à l'hôpital des Enfants-Trouvés, dans ses nombreuses autopsies de nouveau-nés, faites, comme on sait, sous les yeux de M. Baron, il a trouvé des abcès dans les poumons, des inflammations du péritoine, etc., maladies qui avaient existé long-temps avant la naissance. M. Husson, médecin de l'Hôtel-Dieu, a vu un enfant naître avec la petite vérole. Ces observations ne sont-elles pas d'irrésistibles preuves en faveur de ce que nous avons avancé? Oui, sans aucun doute, les enfants peuvent, pendant la vie interne, éprouver des inflammations du cerveau, de la moelle épinière et de leurs membranes, maladies qui doivent agir avant comme elles agissent après la naissance, en paralysant tout un côté du corps, ou seulement un ou plusieurs membres, en soumettant certains muscles à un état violent de contracture qui les raccourcit et les amène à développer le pied-bot. Quant à la manière dont se fait ce développement, il est démontré pour nous que tout se passe pendant la vie utérine pour le pied-bot natif, comme après la naissance pour le pied-bot consécutif.

L'arrêt de développement (1) est encore regardé comme une cause fréquente de stréphopodie native; nous avons

(1) Soutenu avec tant de talent et de supériorité par M. le professeur Breschet.

eu occasion de constater nous-même cette cause plusieurs fois ; nous allons rapporter les cas qui nous ont paru les plus curieux.

Ainsi, un sujet atteint d'une déviation du pied en bas et en dedans montrait un raccourcissement d'environ trois pouces sur le membre difforme, un pouce pour le fémur, deux pouces pour les os de la jambe. Un varus existait sur un membre abdominal raccourci de cinq pouces, un pouce au fémur et quatre pouces aux os de la jambe. Chez un autre, atteint de déviation du pied en dessous, tous les orteils, excepté un, le cinquième, n'existaient que jusqu'à la première phalange ; et dernièrement enfin, nous avons été consulté pour une petite fille âgée de deux ans, atteinte d'un pied-bot en dedans, avec trois étranglements transversaux le long de la jambe, que nous devons croire aponévrotiques : le premier est à la jarretière et parfaitement circulaire ; les deux autres n'embrassent que la moitié de la circonférence du membre, au défaut du mollet et au quart inférieur de la jambe ; puis, les orteils du pied du côté opposé, les doigts des deux mains sont tous arrêtés à la première phalange (1).

La fréquence remarquable du pied-bot consécutif venu

(1) J'ai été consulté, il y a quelques jours, pour un jeune garçon âgé de quatre ans, chez lequel les arrêts de développement sont nombreux; le pied droit n'est composé que du calcanéum, de l'astragale, du scaphoïde du deuxième orteil; cet orteil, beaucoup plus volumineux que d'ordinaire, est articulé avec le scaphoïde et dévié en dedans; tous les autres os du pied manquent. Le pied gauche manque complètement : la mortaise tibio-péronienne appuie sur une espèce de talon formé par du tissu cellulaire condensé et épaissi. A la main droite il n'existe que deux doigts, l'index et le petit doigt, etc.

à la suite de maladies de l'appareil cérébro-spinal, de convulsions, de paralysies, de contractures musculaires, confirme encore ce que nous avons dit pour les pieds-bots natifs. En effet, huit pieds-bots consécutifs sur dix, dépendent des lésions du cerveau, de la moelle épinière, et pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'état natif? Lorsqu'un membre inférieur est frappé de paralysie complète ou de paralysie partielle, on voit, le doute n'est plus permis à cet égard, on voit la difformité commencer; les muscles du mollet, et plus souvent les longs fléchisseurs des orteils, entrent dans un état de contracture qu'il faut promptement arrêter et vaincre, si l'on ne veut pas qu'il amène un raccourcissement permanent; car alors, l'emploi des machines, suffisant peut-être pour remédier à la mauvaise modification des fléchisseurs des orteils, serait sans action sur le raccourcissement des muscles du mollet; et la difformité ne pourrait plus être guérie que par la section du tendon correspondant à ces muscles. Remarquons en passant, au reste, que la contracture paralytique des muscles doit être soigneusement distinguée de leur raccourcissement permanent, conséquence fatale et fréquente de la contracture. Quand un côté du corps ou un membre quelconque est atteint de paralysie, il y a d'abord rétraction plutôt que raccourcissement des muscles; car long-temps encore ils peuvent être ramenés à leur longueur normale, au moyen d'une machine à extension lente et graduée, ou même avec la seule puissance des mains. On a vu des rétractions musculaires de ce genre se maintenir pendant plusieurs années sans dégénérer en raccourcissement véritable. Nous rappellerons à cet égard, entre autres faits de notre observation personnelle, celui

qui est relatif à mademoiselle de Bertrand, et pour lequel nous avons été consulté avec M. le professeur Roux. Cette jeune fille, âgée de huit ou dix ans, avait depuis cinq ans au moins une paralysie partielle des membres inférieurs, paralysie venue à la suite de convulsions, laquelle était accompagnée de contracture des muscles fléchisseurs des orteils longs et courts, des tibiaux, des muscles du mollet, enfin des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse. Ces diverses rétractions musculaires étaient à peu près dissimulées et empêchées par les brodequins que portait la malade, brodequins armés de tuteurs latéraux qui se prolongeaient jusqu'aux hanches. Venait-on à déprisonner les membres de ces entraves salutaires, la jeune fille présentait aussitôt deux pieds déviés en bas et en dedans, et deux fausses ankyloses angulaires du genou; mais il était facile avec les mains seules de ramener les pieds et les jambes à leur rectitude normale. M. Roux fut d'avis, ainsi que nous, que mademoiselle de Bertrand devait être traitée médicalement; qu'il fallait l'envoyer à une eau minérale appropriée à son genre d'affection, et continuer surtout l'usage des brodequins à tuteurs latéraux, afin de prévenir la permanence de la rétraction musculaire, c'est-à-dire le raccourcissement définitif des muscles contracturés. Aujourd'hui plus que jamais nous pensons que l'état paralytique auquel la jeune infirme devait cette quadruple difformité avait été primitivement causé, et était encore entretenu par une inflammation chronique des membranes de la moelle épinière ou de la moelle épinière elle-même; et notre pensée est conforme à celle qu'exprimait, pour des cas analogues, M. Janson, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans son compte-rendu de

1822. Quelquefois les contractures musculaires sont accompagnées de mouvements convulsifs ; mais cette complication ne s'observe en général qu'à l'invasion de l'affection, ou bien encore lorsque l'affection passe de l'état chronique à l'état aigu : ainsi, nous avons vu, dans deux cas de paralysie des extrémités inférieures avec contractures musculaires très-anciennes, l'état des membres se trouver fort amélioré par le renouvellement des accidents convulsifs qui avaient déterminé la paralysie. Il faut dire toutefois que ce renouvellement avait failli faire périr les malades ; mais un traitement actif ayant écarté le danger, il n'en était heureusement resté qu'un amendement musculaire qui leur permettait de se tenir sur leurs jambes beaucoup mieux qu'auparavant.

Les contractures musculaires, résultant d'une lésion de l'appareil cérébro-spinal, commencent presque toujours par affecter les muscles fléchisseurs. Ainsi, pour ne parler ici que des membres inférieurs, ce sont les fléchisseurs longs et courts des orteils et le long fléchisseur propre du gros orteil qu'on voit pris les premiers. Après eux, la contraction s'empare des muscles jumeaux et soléaires ; puis ensuite des tibiaux et des péroniers, selon que le pied-équin doit devenir *équin-varus* ou *équin-valgus*. Nous avons dit, en décrivant la stréphocatopodie et la stréphendopodie que les jambiers et les péroniers sont exposés au raccourcissement : les premiers, en effet, étant plus volumineux, plus forts, sont, par leur volume et leur force mêmes, sollicités, pour ainsi dire, à entrer en contraction ; et, quand il arriverait que la dépravation musculaire pût s'exercer simultanément sur les péroniers et les jambiers, ces derniers devraient nécessairement vain-

cre l'obstacle opposé par les péroniers, et entraîner le pied vers eux. Ceci ne fait aucun doute; et, comme nous l'avons déjà démontré, c'est à la puissance et à l'action prédominantes des muscles tibiaux comparés aux muscles péroniers qu'il faut demander pourquoi la déviation du pied en bas et en dedans (équin-varus) est de beaucoup plus fréquente que la déviation en bas et en dehors (équin-valgus). Nous avons observé deux cas dans lesquels la contracture musculaire n'avait intéressé que les muscles du bord interne du pied, surtout l'abducteur du gros orteil. Dans ces deux cas, le bord interne du pied était très-concave et le bord externe convexe; l'extrémité postérieure ou tubérosité du cinquième métatarsien présentait une forte saillie au bord externe du pied, etc. On rencontre aussi des cas de stréphexopodie sans raccourcissement des muscles péroniers ni du tendon d'Achille, causée simplement par le raccourcissement permanent de l'abducteur du cinquième orteil et de la portion du long extenseur commun qui va se terminer au petit orteil.

En outre des deux grandes et principales causes que nous venons de développer, savoir la mauvaise position des pieds de l'enfant dans l'utérus, et la lésion de l'appareil cérébro-spinal ou de ses membranes, les déviations consécutives ou accidentelles du pied peuvent provenir de causes tout autres. On en voit qui se forment à la suite de contusions sur les muscles du mollet, de la cuisse, à la suite d'abcès froids dans les jarrets, entre les muscles de la cuisse, dans les muscles même de la jambe. De nombreux cas sont dus aux sub-inflammations du genou ou de l'articulation tibio-tarsienne, à des fractures voisines de ces

mêmes articulations, à des entorses, à des luxations, mêmes réduites, de l'articulation de la jambe avec le pied, aux fausses positions prises dans la marche afin d'atténuer la douleur causée par une plaie, par un cor, par un ognon, à la lésion d'un nerf, au maintien prolongé du pied dans l'extension, etc. Nous rappellerons à ce sujet quelques observations qui nous ont paru curieuses.

En 1836, nous fûmes consulté pour une jeune fille de quinze ans, Marie-Françoise Prière. Cette jeune fille, qui présentait les apparences caractéristiques de la constitution bilioso-nerveuse, s'était bien portée jusqu'à l'âge de deux ans, époque où elle fut renversée par un cabriolet dont une roue lui passa sur une jambe. La violente contusion qui résulta de cet accident obligea l'enfant à rester couchée pendant plus d'un mois; et lorsque, étant guérie, Marie Prière voulut marcher, il se trouva que les muscles du mollet avaient été raccourcis par la contusion, au point d'empêcher le pied de mettre plus de la moitié antérieure de sa face plantaire en contact avec le sol, le talon étant relevé de plus d'un pouce. (*Voyez fig.* 3)

En 1834, on nous présenta, au bureau central d'admission des hôpitaux, une jeune fille de Versailles atteinte d'une monstrueuse déviation du pied en bas. Vers l'âge d'un an, elle avait été affectée d'une fièvre continue très-grave et compliquée, suivie de l'apparition successive de quinze ou seize abcès froids, qui, pendant six ans, avaient labouré toute la longueur d'un membre inférieur. Les muscles du mollet avaient été comme disséqués par la suppuration, et des cicatrices épaisses couvraient la cuisse et la jambe. On

pouvait sans témérité ne point chercher ailleurs le principe de la production du pied-bot, *fig.* VI.

Un cas analogue avait déjà attiré notre attention, en 1831, dans la personne d'un enfant de dix ans, stréphocatopode depuis l'âge de quatre ans, après des abcès froids nombreux le long du membre abdominal.

Voici maintenant une observation qui nous est tout-à-fait personnelle : En 1818, à l'âge de vingt ans environ, pendant la convalescence très-longue d'une fièvre grave et compliquée, qu'on appellerait aujourd'hui *fièvre typhoïde*, il me vint aux jarrets deux énormes abcès froids qui me retinrent au lit pendant plus de trois mois, obligé, sous peine d'intolérables douleurs, de tenir continuellement mes jambes à demi-fléchies sur les cuisses. Lorsque, débarrassé de ces deux abcès, je voulus me lever et marcher, je reconnus qu'il m'était impossible d'étendre les jambes sur les cuisses et de fléchir les pieds. J'avais les muscles demi-tendineux, demi-membraneux et biceps crural tendus et raccourcis, au point de forcer mes jambes à garder la demi-flexion où je les avais tenues durant les trois mois de mon repos obligé. Je me trouvai en même temps atteint d'un raccourcissement des muscles du mollet qui élevait mes talons de plus de deux pouces. Enfin, il se passa plus de quatre mois avant que la loco-

motion me devînt praticable autrement qu'à l'aide de béquilles très-courtes; après celles-ci, j'en pris d'autres, et ce ne fut qu'au bout d'un an de soins continuels, de bains de vapeur, de massages, de frictions, d'extensions variées, que je parvins à remettre mes pieds à angle droit avec mes jambes, et celles-ci aux trois quarts de leur extension normale sur les cuisses. Alors, je pus marcher sans soutiens artificiels, mais très-péniblement, et j'eus besoin de deux années encore pour faire disparaître totalement cette difformité de mes membres inférieurs. Il est évident pour moi que, si je n'eusse pas été alors élève en médecine, conséquemment éclairé sur la nature et les dangers de mon affection, je serais resté estropié pour la vie.

Au mois de juillet 1836, M. le professeur Broussais nous adressa une petite fille de sept ans, affectée, depuis plus d'un an, d'une sub-inflammation de l'articulation tibio-tarsienne. Pour diminuer la douleur que cette sub-inflammation lui faisait éprouver, la jeune malade avait constamment tenu son pied tendu, posture qui, en relâchant les muscles du mollet, avait fini par déterminer leur raccourcissement permanent et une véritable déviation en bas (pied équin).

Bruckner rapporte l'histoire d'un homme de soixante-quatre ans qui avait contracté une stréphendopodie (*un varus*) à la suite de pustules varioliques qui lui étaient venues sous la plante du pied, de façon à ne le laisser marcher que sur le bord externe.

Il y a plusieurs années, nous fûmes consulté pour un laboureur de la Picardie à qui un éclat de bouteille de verre avait autrefois blessé et fendu le talon. Le trai-

tement de cette plaie et les souffrances qu'elle occasionnait ayant obligé, pendant plus de six mois, ce laboureur à élever son talon de quelques pouces, et à ne marcher que sur la partie antérieure de la face plantaire du pied, il était résulté de là une très-forte déviation du pied en bas (stréphocatopodie).

Delpech rapporte deux curieux exemples de *stréphopodie* développée, soit consécutivement à une blessure, soit après un abcès et une nécrose. Pour le premier fait, il s'agit d'un militaire atteint d'un biscayen qui traversa la partie charnue de la cuisse droite, d'arrière en avant, en dehors et près du fémur, sans toutefois intéresser cet os. A peine frappé, le blessé perdit à l'instant même la faculté du mouvement dans la partie externe de la jambe et du pied. Les muscles péroniers, le jambier antérieur, l'extenseur commun des orteils, l'extenseur propre du gros orteil, étaient et sont restés paralysés, parce que le projectile avait coupé le nerf sciatique poplité.

La seconde de ces observations du grand praticien de Montpellier est un pied-bot survenu après un abcès avec nécrose chez une jeune personne de vingt-quatre ans. Le siége de cette collection purulente était dans la partie interne et inférieure de la cuisse gauche, et les muscles de la partie postérieure de la jambe souffrant sympathiquement devinrent à la longue tellement contractés qu'ils déterminèrent une très-forte déviation du pied en dedans.

Enfin, le rachitis a été donné par quelques praticiens comme une source féconde de pieds-bots : Benjamin Bell va même jusqu'à dire que les pieds-bots se rencontrent toujours chez des sujets rachitiques, sans doute parce que

ce chirurgien n'avait été frappé que par ces renversements des pieds qui accompagnent très-souvent les déviations des genoux et les courbures des jambes. Si ces accidents consécutifs étaient regardés comme de véritables pieds-bots, nous pourrions affirmer que nous en avons rencontré dans notre pratique des hôpitaux plus d'un mille.

Au surplus, qu'une déviation native ou consécutive du pied soit la suite d'une lésion de l'appareil cérébro-spinal, d'une position vicieuse prolongée, ou d'une plaie, la cause efficiente n'en est pas moins toujours la même, inégalité dans les forces musculaires antagonistes. La déviation des os du tarse s'opère en raison de cette inégalité plus ou moins prononcée; les muscles contractés tirent à eux l'ensemble de l'appareil, et les muscles relâchés leur obéissent.

NOUVELLES OBSERVATIONS

SUR

L'EFFICACITÉ DES PILULES DU Dr BLAUD

Dans les affections chlorotiques.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 8 mai dernier, MM. Soubeiran, Planche et Martin Solon, commissaires nommés par cette Société pour l'examen des *Nouvelles pilules ferrugineuses* de M. Vallet, pharmacien de Paris, déclarèrent, dans leur rapport, que mes *pilules*

antichlorotiques s'altéraient peu après leur confection, comme l'attestait la couche ocreuse qui se formait à leur surface ; qu'elles ne contenaient plus alors du carbonate de protoxide de fer ; en un mot, qu'elles manquaient du caractère essentiel d'un bon médicament, de la stabilité. D'où il faudrait nécessairement conclure que ces pilules, agent médicamenteux inconstant, et par conséquent infidèle, devraient être bannies de la thérapeutique.

J'ai réclamé déjà contre ce rapport et contre celui qui l'a publié dans différents journaux scientifiques : qu'il me soit permis d'appeler de l'arrêt qui y est implicitement renfermé.

J'accorde à MM. les commissaires que mes pilules ne contiennent pas un atome de protoxide de fer : mais faudrait-il conclure de l'absence de cet élément qu'elles sont inefficaces ? Serait-ce sur des expériences chimiques que doit se fonder l'appréciation des vertus des médicaments ? Non, sans doute ; le but qu'on se propose dans l'emploi d'une substance médicamenteuse, préparée d'après une formule déterminée, est d'en obtenir certains résultats. C'est donc aux essais thérapeutiques, et non point aux expériences chimiques, qu'il faut avoir recours pour apprécier rigoureusement les propriétés médicales de la substance employée. Qu'importe aux praticiens que mes pilules ne contiennent que peu ou point de protoxide de fer, pourvu que, par leur moyen, ils guérissent toutes les chloroses ? Il ne s'agit donc point de discuter sur leur composition intime, mais uniquement sur leurs vertus. Or, ici, les faits thérapeutiques sont évidemment en désaccord avec la théorie chimique, et celle-ci doit plier sous leur autorité.

Depuis plus de six ans que j'ai publié ma formule (1), l'efficacité de mes pilules ne s'est point démentie. Leur usage est devenu si général dans tout le royaume, qu'on les a désignées par le nom de leur auteur; et elles sont devenues si populaires dans la contrée que j'habite, que les mères des jeunes filles chlorotiques vont, sans prendre l'avis des médecins, les chercher dans les officines, en les demandant sous le nom de *pilules contre la pâleur*. L'Académie elle-même témoigna de leurs vertus en s'élevant, dans la même séance du 8 mai, contre le rapport de ses commissaires, et M. Double protesta contre leur opinion sur mes pilules, en déclarant que, depuis trente-cinq ans qu'il exerce la médecine, *il leur avait reconnu des avantages incontestables sur les autres préparations ferrugineuses* (2).

C'est pour mettre de nouveau leurs vertus en évidence que je publie les observations qui vont suivre. Elles démontreront que les propriétés des médicaments ne doivent point être appréciées par les altérations ou modifications spontanées qu'ils éprouvent après leur confection, mais seulement par leurs effets thérapeutiques.

Obs. I. — Catherine Chapelle, âgée de dix-neuf ans, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de juillet 1831, où elle fut atteinte d'une fièvre intermittente quotidienne, qui fut dissipée par le sulfate de quinine au sixième accès. Les menstrues, qui avaient paru pour la première fois à seize ans, se supprimèrent pendant les ac-

(1) Voyez mon *Mémoire sur les affections chlorotiques* dans la *Revue médicale* du mois de mars 1832.

(2) Voyez le compte-rendu de la séance dans la *Revue médicale* du mois de juin 1838.

cès fébriles ; ce qui n'empêcha pas la malade de se rétablir complètement. Quinze jours après, vomissements au milieu de la nuit, produits par une digestion pénible, et, dès le lendemain, le teint commença à se décolorer. Cette décoloration fit des progrès ; les règles ne parurent plus ; l'appétit se perdit ; il survint une douleur vive et continuelle à l'épigastre, avec des variations d'intensité, une céphalalgie frontale, de la lassitude, de l'oppression dans la marche ascendante, avec des palpitations de cœur, une grande faiblesse, de l'obscurcissement dans la vue, des bruits d'oreille fatigants ; le pouls, petit et faible, battait 100 fois par minute ; les selles étaient normales pour la consistance, mais rares, et le sommeil était fréquemment agité.

Ce fut le 11 octobre 1831 que la malade fut confiée à mes soins, et le même jour, je la mis à l'usage de mes pilules. Le huitième jour du traitement, les principaux symptômes s'étaient dissipés ; la coloration avait presque entièrement repris sa teinte naturelle. La guérison fut complète le quinzième jour.

Obs. II. — Honorine Sève, âgée de quinze ans, d'une grande fraîcheur et d'une santé parfaite, offrit, sur la fin du mois de juillet 1831, après une fatigue excessive et plusieurs nuits passées sans sommeil, une pâleur qui contrastait vivement avec sa coloration naturelle. On lui prescrivit du repos, un régime et je ne sais combien de médicaments ; mais les symptômes furent toujours croissants ; la face prit une teinte verdâtre ; les menstrues ne parurent point à l'époque ordinaire, la faiblesse générale s'accrut, il survint de l'essoufflement et des palpitations de cœur pendant l'exercice de la fonction locomotive ; et,

c'est dans cet état qu'elle vint réclamer mes soins le 18 octobre suivant. Le lendemain, mes pilules lui furent administrées; le 3 novembre, il restait à peine quelques traces de l'affection chlorotique; le 10, tous les symptômes avaient disparu.

Obs. III. — Le 31 octobre 1831, je fus consulté pour mademoiselle Amélie Desporcellets qui, depuis quatre mois, était atteinte de chlorose. Cette jeune fille, âgée de quinze ans, réglée à treize, avait vu son teint se décolorer sans cause appréciable. La couleur de la face était d'un jaune verdâtre, la sclérotique ayant conservé sa blancheur naturelle; la muqueuse des lèvres était blanchâtre; le flux menstruel aqueux, ne laissant sur le linge que de petites taches d'un rouge pâle, entourées d'un cercle séreux et jaunâtre; il y avait de l'épigastralgie, une grande faiblesse musculaire, un sentiment profond de lassitude, des lipothymies, et peu ou point d'appétit. Le traitement par mes pilules fut commencé le 31 octobre; le 15 novembre, il y eut une amélioration telle que la malade en voulait suspendre l'usage. Elle était complètement guérie le 20.

Obs. IV. — Olympe Goubier, âgée de seize ans, fut réglée à quinze. Pendant quatre mois, les menstrues furent régulières. Dans l'hiver de 1830, les règles paraissaient tous les quinze jours, et leurs intervalles étaient remplis par une leucorrhée abondante. C'est alors que son teint se décolora, et que tous les autres symptômes de la chlorose se manifestèrent. Le 3 novembre 1831, elle était dans l'état suivant: pâleur, menstruation supprimée depuis quatre mois, faiblesse musculaire extrême, palpitations de cœur et essoufflement dans la marche, bruit

dans les oreilles, anorexie, céphalalgie, vertiges, leucorrhée.

Le traitement anti-chlorotique fut commencé le 4 novembre ; au milieu du mois, amélioration sensible ; au commencement du mois suivant, guérison.

Obs. V. — Sophie de Brunely, âgée de 16 ans, n'ayant point encore été réglée, offrait, le 6 décembre 1831, tous les symptômes d'une chlorose intense. Cette jeune fille avait éprouvé à quinze ans, dans sa taille, un accroissement rapide et très-considérable. Il y avait trois mois que l'affection chlorotique s'était manifestée lorsqu'elle fut confiée à mes soins. Elle commença l'usage de mes pilules le 7 décembre ; le 21, elle était complètement guérie.

Obs. VI. —Honorée Merle, âgée de quatorze ans, non encore réglée, était atteinte de chlorose depuis deux mois, avec épigastralgie, céphalalgie, bruit dans les oreilles, fréquence du pouls, palpitations du cœur, oppression, faiblesse générale, etc., lorsqu'elle vint réclamer mes soins le 21 décembre 1831. Je la mis à l'usage de mes pilules anti-chlorotiques, et elle fut guérie en dix-huit jours.

Obs. VII. — Madame Ganthaume, âgée de vingt-six ans, était depuis six ans en proie à une affection chlorotique qui n'offrait pour tout symptôme qu'une pâleur considérable et de fréquentes lipothymies. Le traitement fut commencé le 20 janvier 1832, et quinze jours de l'usage de mes pilules dissipèrent complètement cette affection.

Obs. VIII. — Clémentine Charayel, âgée de vingt-quatre ans, régulièrement menstruée, éprouva, sur la fin du mois de décembre 1831, une épigastralgie continuelle

dont la fonction digestive n'augmentait pas l'intensité. Vers le milieu de janvier 1832, il s'y joignit une céphalalgie frontale, survenant dans la journée par accès irréguliers dans leur durée comme dans leur retour. Ce fut alors que les symptômes de la chlorose se manifestèrent : pâleur de la face avec une teinte verdâtre, teinte blanchâtre de la muqueuse linguale et labiale; pouls fréquent, petit, serré; palpitations de cœur pendant la locomotion; yeux ternes, cernés par un cercle bleuâtre; menstrues décolorées; l'épigastralgie avait cessé spontanément; il y avait de l'appétit, et la digestion s'exerçait d'une manière régulière. C'est dans cet état qu'elle se confia à mes soins le 4 février suivant. Je la mis à l'usage de mes pilules, et le douzième jour tous les symptômes avaient disparu.

Obs. IX. — Voici une chlorose remarquable à cause d'un épiphénomène sympathique qui simulait une lésion grave du cerveau.

Henriette Dussaud, âgée de dix-sept ans, réglée à seize, avait joui d'une santé parfaite jusqu'au mois d'août 1831, où, après avoir mis les pieds dans l'eau froide étant en sueur, elle fut prise d'une aphonie complète. Peu après, elle commença à se décolorer, à éprouver de la céphalalgie, avec des exacerbations irrégulières; néanmoins, il y avait de l'appétit, la digestion n'était point troublée, et la menstruation avait lieu aux époques ordinaires; seulement, son produit avait perdu de sa coloration normale et s'offrait sous l'aspect d'un liquide séro-sanguinolent. A ces premiers symptômes se joignirent bientôt de la faiblesse musculaire, de l'oppression pendant la marche, et des palpitations de cœur. Cet état se prolongea jusqu'au premier mars 1832, époque où, en sortant d'un bal, la

nuit, étant en sueur et légèrement vêtue, elle éprouva l'impression d'un froid très-vif. Dès-lors, suppression des menstrues, dont l'écoulement était à son premier jour, augmentation des symptômes chlorotiques, céphalalgie atroce qui force la malade de s'aliter, et qui résiste aux saignées générales et locales. Le 15, je fus appelé en consultation, et je la trouvai dans l'état suivant : décoloration de la face et des lèvres ; abattement extrême ; sentiment de pesanteur dans toute la tête ; céphalalgie qui, par intervalles, arrache à la malade des cris analogues à ceux que l'on a appelés *hydro-céphaliques*. Je conseillai le traitement anti-chlorotique. Le 20, plus d'élancements douloureux ; seulement, céphalalgie sourde. Le 25, plus de céphalalgie ; la face commence à se colorer. Le 30, la coloration est naturelle ; la malade se lève et ne se plaint que de faiblesse et d'une sorte d'engourdissement dans le membre droit. Le premier avril, les règles parurent, et tout rentra dans l'ordre accoutumé.

Obs. X. — Marie Panin, âgée de dix-sept ans, éprouva à l'âge de quatorze ans, après un refroidissement subit, un vomissement qui se renouvela peu après, et finit par reparaître fréquemment et à intervalles irréguliers, et résista à tous les moyens que l'on employa pour le combattre. Les aliments, les remèdes, quelles que fussent leur forme et leur nature, tout était rejeté. Au milieu de cette affection si rebelle, les menstrues s'établirent et ne furent point dérangées dans leurs cours. Peu à peu, les vomissements devinrent moins fréquents, et finirent par n'avoir lieu qu'une ou deux fois par semaine. Mais bientôt apparurent les premiers symptômes de la chlorose : la face se décolora et prit une teinte jaune verdâtre ; les

règles, peu abondantes, ne se composaient plus que d'un fluide séreux sanguinolent. Ensuite l'appétit se perdit; les vomissements avaient lieu par intervalles; il survint de l'oppression, des palpitations de cœur, une céphalalgie vive et irrégulière, tantôt à droite, tantôt, et le plus souvent, à gauche, une grande faiblesse musculaire, de la fréquence dans le pouls, de la diarrhée.

C'est dans cet état qu'elle vint réclamer mes soins, le 24 avril 1832, trois mois après la manifestation de l'affection chlorotique. Le 25, elle fut mise à l'usage de mes pilules, et, le 10 mai suivant, les symptômes avaient disparu.

OBS. XI. — Louise Boissière, âgée de dix-huit ans, fut réglée à quinze. Huit jours après la première menstruation, hémoptysie qui dura de sept à huit jours et se dissipa spontanément pour ne plus reparaître. Cependant la santé demeura chancelante; les règles étaient irrégulières et rares, et ne paraissaient que deux ou trois fois par an. Cet état persista jusqu'à l'âge de dix-sept ans et demi. Alors, elles prirent de la régularité, mais elles se décolorèrent; en même temps, la face pâlit, la malade devint morose, pleurait souvent et sans motif, avait un penchant irrésistible pour les odeurs fortes, et s'enfermait dans sa chambre pour respirer à son aise de l'eau-de-vie, du tabac, de la cire d'Espagne, du pain brûlé. L'appétit se perdit, il survint une gastralgie, des maux de tête irréguliers, une grande faiblesse musculaire, une chaleur brûlante dans la paume des mains. Tel était l'état de cette jeune fille, le 8 mai 1832, six mois après le développement de la maladie, lorsqu'elle fut confiée à mes soins. Je lui administrai mes pilules, et, le 16 du même mois, huitième jour du traitement, la morosité s'était dissipée,

l'appétit s'était rétabli, le penchant désordonné pour les odeurs fortes avait cessé, et la face avait repris sa coloration normale, en même temps que tous les autres symptômes chlorotiques avaient disparu.

Obs. XII. — Geneviève Martin, âgée de seize ans, et non encore réglée, éprouvait depuis trois mois un sentiment de lassitude qui la faisait répugner à tout mouvement, une grande faiblesse musculaire, des palpitations de cœur, de l'oppression, un malaise général, une céphalalgie vive avec élancement dans les tempes, surtout à droite, des nausées par intervalles, et même des vomissements de matières muqueuses, et une décoloration chlorotique très-prononcée, lorsqu'elle vint réclamer mes soins le 17 mai 1832. Le 26 du même mois, après neuf jours de traitement par mes pilules anti-chlorotiques, elle se trouva complètement guérie.

Obs. XIII.—Madame Blanche Combel, âgée de trente ans, était accouchée dans le mois d'octobre 1829, et était à peine rétablie un mois après, lorsqu'elle éprouva un violent effroi par une attaque de voleurs, qui s'introduisirent la nuit dans la maison de campagne qu'elle habitait, et la pillèrent. Sur-le-champ, la sécrétion laiteuse se supprima, il survint un malaise général, des douleurs vagues, et la face commença à prendre une teinte chlorotique. Cet état persista jusqu'en novembre 1832, c'est-à-dire pendant trois ans, avec tous les autres symptômes de la chlorose, et la malade était considérée comme incurable et vouée à une mort certaine par les hommes de l'art qui lui avaient donné des soins, lorsque, sur le bruit de guérisons remarquables et inattendues produites par mes pilules, elle vint me demander des conseils. La

couleur de sa face était d'un jaune verdâtre, la sclérotique ayant conservé sa blancheur; elle éprouvait une grande faiblesse générale, de la céphalalgie, un bruit continuel et incommode dans les oreilles, des palpitations de cœur, de l'oppression, parfois un mouvement fébrile. Néanmoins, la fonction digestive s'était conservée dans toute son intégrité. Je la soumis le même jour à mon traitement anti-chlorotique, qui ne fut couronné de succès que le quatrième mois, à cause de l'ancienneté de la maladie.

La répétition de la description des symptômes chlorotiques pourrait devenir fastidieuse pour mes lecteurs; et n'ayant d'ailleurs d'autre but, dans ce mémoire, que de répondre par des faits cliniques aux assertions de MM. les commissaires de l'Académie sur la valeur de mes pilules, je me contenterai, dans l'exposition des observations qui vont suivre, d'une simple énumération. Je n'entrerai dans quelques détails que relativement aux faits qui offriront quelques particularités remarquables.

Obs. XIV. — Marie Gebelin, âgée de vingt-cinq ans, bien réglée; chlorotique depuis six mois; traitée par mes pilules le 26 avril 1833, guérie le 24 mai.

Obs. XV. — Adélaïde Perrot, dix-huit ans, bien réglée; chlorotique depuis deux ans; traitement commencé le 27 avril 1833, irrégulièrement suivi; néanmoins, guérison au commencement du mois de juin suivant.

Obs. XVI. — Catherine Rubies, seize ans; chlorotique depuis trois mois; traitement commencé le 21 juin 1833; guérison le 30.

Obs. XVII. — Marthe Delon, seize ans; chlorose compliquée de gastrite (langue pâle, mais sèche, rugueuse;

offrant sur sa surface une bande longitudinale rougeâtre; fièvre, chaleur, épigastralgie); boisson gommeuse; cessation de la gastrite le cinquième jour : la chlorose persiste; elle se complique alors d'une céphalalgie vive que le moindre mouvement exaspère, en produisant un violent élancement qui force la malade à se serrer fortement les tempes avec les mains. Traitement anti-chlorotique commencé le 16, guérison le 27.

Obs. XVIII. — Marie Theron, dix-huit ans; chlorotique depuis trois mois et demi; 30 juin 1834. Pilules anti-chlorotiques, guérison le 10 juillet.

Obs. XIX. — Marie Ivan, dix-sept ans; chlorotique depuis quatorze mois; 14 juillet 1834. Pilules anti-chlorotiques, guérison le 24.

Obs. XX. —Virginie Bonnefoi, seize ans, bien réglée; chlorose depuis quatre mois, compliquée depuis quinze jours d'une bronchite; 12 août 1834. Vésicatoire au bras, boisson pectorale, juleps, etc. Cessation de la bronchite le 20; traitement anti-chlorotique, guérison le 1er septembre.

Obs. XXI. — Au commencement du mois de septembre 1834, me trouvant en Provence, au château de M. le marquis de G...., où il y avait une société nombreuse, j'y remarquai une jeune personne, âgée de dix-sept ans, dont les traits charmants étaient singulièrement déparés par une pâleur extrême. Sa mère, avec qui je me permis de causer sur l'état de sa fille, me dit qu'elle était malade depuis bien long-temps; qu'elle dépérissait à vue d'œil, en proie à une sorte de marasme; qu'on lui avait administré sans succès une infinité de remèdes, et qu'elle n'avait plus d'espérance que dans l'air et la vie des

champs. Ayant ensuite examiné la malade, je me convainquis qu'elle était atteinte d'une chlorose invétérée, compliquée d'une bronchite, qui sans doute avait trompé les médecins qui lui avaient donné des soins, et leur avait fait considérer la maladie comme une consomption pulmonaire. Fort de mon juste diagnostic, j'assurai à sa mère que son état n'était nullement alarmant, et je lui promis une guérison prompte. Le 10 septembre, elle commença l'usage de mes pilules; à la fin du mois, une teinte rosée avait remplacé la pâleur de la face, et tous les symptômes de la chlorose avaient disparu.

Obs. XXII. — Marie Rastoux, vingt-un ans; chlorotique depuis un mois et demi, décoloration, lassitude générale, insomnie, faiblesse, pesanteur de tête avec élancements violents dans les tempes. 26 septembre 1834. Administration de mes pilules anti-chlorotiques; guérison le 15 octobre suivant.

Obs. XXIII. — Rosalie Millaud, dix-sept ans, réglée à seize; depuis un mois et demi, suspension des menstrues; chlorose depuis dix-huit mois. 12 décembre 1834. Traitement anti-chlorotique; le 28, guérison.

Obs. XXIV. — Lucie Sausse, dix-sept ans, scrofuleuse depuis son enfance; chlorotique depuis trois ans; symptômes chlorotiques et scrofuleux (engorgement des glandes du cou, anciennes cicatrices d'abcès scrofuleux à cette région, gonflement des os du carpe de la main gauche avec ulcération fistuleuse). Le 17 mars 1835, administration de mes pilules, guérison complète de la chlorose le 6 avril. Les symptômes scrofuleux n'ont éprouvé aucune modification sensible.

Obs. XXV. — Rosalie Guiot, vingt ans; chlorotique

depuis huit mois. 7 juillet 1835. Traitement anti-chlorotique; le 18, guérison.

Obs. XXVI. — Euphrosine Gibelin, quinze ans, chlorotique depuis six mois. 10 juillet 1835. Pilules anti-chlorotiques; guérison le 20.

Obs. XXVII. — Eulalie B., seize ans, chlorotique depuis trois mois. 27 août 1835. Traitement anti-chlorotique; guérison le 15 septembre.

Obs. XXVIII. — Adélaïde Lauger, dix-sept ans, chlorotique depuis six mois. Traitée par mes pilules le 11 septembre 1835; guérison le 25.

Ces faits ne démontreraient-ils pas suffisamment l'efficacité de mes pilules, bien que MM. les commissaires de l'Académie les aient considérées comme ne possédant pas la qualité essentielle d'un bon médicament, la *stabilité?* Fortifions-les par un plus grand nombre, et démontrons que, si elles ne sont pas *stables*, comme ces messieurs le déclarent, *dans leurs propriétés chimiques*, elles le sont du moins dans leurs vertus. En pareille matière, abondance ne peut nuire, et, Dieu merci, notre provision clinique est encore loin de s'épuiser.

Obs. XXIX. — Louise Mourre, âgée de dix-huit ans, blanche, blonde, d'une constitution lymphatique, réglée à quatorze ans, avec écoulement abondant à chaque période. Dans le mois d'août 1835, les menstrues ont lieu deux fois par mois, mais perdent de leur abondance. Alors aussi la chlorose se manifeste : décoloration graduelle, sentiment de lassitude, essoufflement pendant la marche, palpitations du cœur, bruit dans les oreilles, etc. Traitée le 23 octobre au moyen de mes pilules, elle fut complètement guérie le 26 novembre suivant.

Obs. XXX. — Marie Chanat, chlorotique depuis quatre mois, à la suite d'un effroi; membres abdominaux infiltrés, faiblesse générale, palpitations, essoufflement, bruit dans les oreilles, pouls petit et fréquent, pâleur extrême, lèvres décolorées. Pilules anti-chlorotiques le 11 novembre 1835; guérison le 17.

Obs. XXXI. — Adélaïde Pons, dix-sept ans, chlorotique depuis un an, abandonnée des gens de l'art qui lui avaient donné des soins sans aucun succès. Traitée le 5 février 1836 par mes pilules, guérison complète le 22.

Obs. XXXII. — Voici un cas des plus intéressants, qui mérite d'être rapporté avec quelques détails : c'est une chlorose compliquée d'une manie sympathique, épiphénomène pathologique que je n'avais point encore observé dans ce genre d'affections.

Mademoiselle S. avait atteint l'âge de dix-huit ans, et la fonction menstruelle ne s'était point encore manifestée. A dix-sept ans, son teint s'altéra, pâlit; et en même temps son caractère prit une teinte de sérieux qui contrastait avec sa gaîté naturelle. Peu à peu elle devint taciturne, d'une morosité inquiétante, et qu'aucun motif ne légitimait. Adorée de ses parents, qui prévenaient tous ses désirs, n'ayant aucune peine de cœur, elle était consumée par une tristesse profonde que rien ne pouvait dissiper, lorsque tout-à-coup des éclats de rire, des chants singuliers attirèrent autour d'elle toute sa famille consternée et épouvantée d'un si triste accident. Une physionomie sérieuse et un silence obstiné remplacèrent subitement cette joie folle et bruyante, qui se manifesta plusieurs fois dans la journée. Les jours suivants, cette aberration intellectuelle prit un autre caractère : c'était une loquacité

immodérée, des idées incohérentes, des chants bizarres que ses parents ne pouvaient faire cesser, mais que suspendait tout-à-coup la présence d'une personne étrangère. La malade causait alors avec beaucoup d'esprit, répondait avec une grande justesse aux questions qu'on lui adressait, et ne conservait d'autres traces du dérangement de ses fonctions intellectuelles qu'une teinte sérieuse de physionomie, et quelque chose de fixe et d'égaré dans le regard.

Telle était sa situation lorsqu'on me l'amena, du lieu qu'elle habitait, dans les premiers jours du mois de février 1836. J'interrompis brusquement, en entrant dans sa chambre, un accès de délire que sa mère ne pouvait apaiser. Elle répondit à toutes les questions que je lui adressai, fut à mon égard d'une politesse extrême, et je n'aurais jamais soupçonné la nature de sa maladie si l'on ne m'avait fait part alors de tous les antécédents que je viens de rapporter.

A ma visite du lendemain, elle était seule dans sa chambre, les cheveux épars, appuyée contre la croisée, et là, elle chantait, avec un timbre de voix pénétrant, dans un rhythme et sur un motif que je ne puis rendre, et dont aucun génie musical n'approchera jamais; cette mélodie, peu variée, presque toujours sur le même ton, allait au cœur, et me fit frissonner. A un léger bruit que je fis, elle s'arrêta tout court, se retourna brusquement, et, prenant un air poli, elle vint au-devant de moi me demander de mes nouvelles. Nous causâmes longuement, et c'est dans cette visite que, m'apercevant de la décoloration de son teint, je soupçonnai l'existence de la chlorose. Les renseignements que l'on me donna alors me

convainquirent que je ne me trompais point. Sa maladie, en effet, avait débuté par une pâleur légère; et, bien qu'au moment de mon examen cette pâleur ne fût pas aussi prononcée que dans les chloroses ordinaires, elle contrastait pourtant vivement avec la fraîcheur qu'offrait mademoiselle S. avant son affection.

Je me décidai donc à lui administrer mes pilules anti-chlorotiques. Elle en commença l'usage le 11 février; le 23, le teint avait repris de la coloration, et le délire dont les accès étaient devenus de plus en plus rares, avait cessé pour ne plus revenir. Le 2 mars suivant, la malade avait repris toute sa fraîcheur. L'usage des pilules fut continué jusqu'au mois d'avril, où les menstrues parurent pour la première fois, et revinrent ensuite d'une manière régulière. Il n'y a point eu de récidive. Mademoiselle S. s'est mariée dans le mois de juin 1838, jouissant de la santé la plus parfaite.

Obs. XXXIII. — 15 avril 1836. Anne Girardin, dix-sept ans, chlorotique depuis deux mois; chlorose avec épigastralgie vive. Pilules anti-chlorotiques. Je lis dans mon journal : « *Guérison prompte*, » sans fixation de la durée du traitement.

Obs. XXXIV. 15 avril 1836. Madelaine Germain, non réglée, dix-sept ans, chlorotique depuis quatre mois: Pilules anti-chlorotiques. Comme dans le cas précédent, l'époque de la guérison n'est pas notée dans mon journal.

Obs. XXXV. — 29 juin 1836. Honorée Seve, dix-huit ans, chlorotique depuis cinq mois, régulièrement menstruée. Pilules anti-chlorotiques; guérison le dixième jour.

Obs. XXXVI. — 8 août 1836. Adèle Salle, dix-huit

ans, chlorotique depuis cinq mois. Pilules anti-chlorotiques; guérison le 20 août.

Obs. XXXVII. — 9 septembre 1836. Marie Gervais, dix-neuf ans, chlorotique depuis huit mois. Pilules anti-chlorotiques; guérison le 22.

Obs. XXXVIII. — 9 septembre 1836. Rose Gervais, quinze ans, sœur de la précédente, non encore réglée, chlorotique depuis six mois. Pilules anti-chlorotiques; guérison (l'époque n'en est point déterminée dans mon journal).

Obs. XXXIX. — 14 novembre 1838. Françoise Vigne, âgée de dix-neuf ans, ayant vu, il y a six mois, ses règles se supprimer brusquement après s'être assise sur le gazon humide pendant sa période mensuelle, et peu après son teint se décolorer, ne tarda pas à éprouver tous les symptômes de la chlorose, et surtout des lipothymies fréquentes, qui en constituaient l'épiphénomène principal. Pilules anti-chlorotiques; guérison le 29.

Obs. XL. — 12 décembre 1836. Suzanne Pinet, vingt-un ans, chlorotique depuis un mois. Pilules anti-chlorotiques; guérison le 29.

Obs. XLI. — 14 décembre 1836. Éléonore Castagner, seize ans, chlorotique depuis cinq mois. Pilules anti-chlorotiques, guérison prompte (l'époque n'en est point notée dans mon journal).

Obs. XLII. — 1er février 1837. Marianne Géraud, vingt-deux ans, chlorotique depuis un mois et demi. Pilules anti-chlorotiques; guérison le 10.

Obs. XLIII. — 23 février 1837. Antoinette Vérand, dix-sept ans, chlorotique depuis seize jours. Pilules anti-chlorotiques; guérison le sixième jour du traitement.

Obs. XLIV. — 18 mars 1837. Rose Faure, dix-sept ans, chlorotique depuis quatre mois. Pilules anti-chlorotiques; guérison le douzième jour.

Obs. XLV. — 26 avril 1837. Catherine Gérard, dix-huit ans, chlorotique depuis cinq mois. Pilules anti-chlorotiques; guérison (point d'époque précise notée dans mon journal).

Obs. XLVI. — 27 avril 1837. Thérèse Boyer, quinze ans et demi, chlorotique depuis un an. Pilules anti-chlorotiques; guérison prompte (point d'époque déterminée dans mon journal).

Obs. XLVII. — 14 août 1837. Pauline Raymond, dix-sept ans, chlorotique depuis quatre mois. Pilules anti-chlorotiques; guérison prompte.

Obs. XLVIII. — 13 septembre 1837. Françoise Faucon, dix-huit ans, chlorotique depuis quatre mois, avec suppression des menstrues. Pilules anti-chlorotiques; guérison le 12 octobre suivant, avec rétablissement des règles.

Obs. XLIX. — 14 octobre 1837. Marie Rasteux, dix-huit ans, chlorotique depuis trois ans; chlorose compliquée de gastrite (tisane de gomme, régime approprié). Le 1er novembre, la chlorose est dégagée de sa complication, la gastrite est dissipée. Pilules anti-chlorotiques; guérison le 25.

Obs. L. — 10 novembre 1837. Eugénie Carles, dix-sept ans, chlorotique depuis sept mois. Pilules anti-chlorotiques; guérison le 24.

Je crois pouvoir m'arrêter ici, et conclure, de toutes les observations que je viens de rapporter, que l'absence du protoxyde de fer dans mes pilules et sa conversion en

peroxyde, bien loin de constituer une véritable altération, comme l'ont avancé MM. les commissaires de l'Académie, forment, au contraire, la condition essentielle de leurs vertus. Je ne prétends pas dire pour cela que le protoxyde de fer est sans puissance contre la chlorose; mais, *les faits* et moi, nous soutenons que le peroxyde jouit d'une efficacité supérieure peut-être (c'est à l'expérience à le décider), ou du moins bien remarquable dans le traitement de cette affection.

Considérées sous d'autres rapports, mes pilules me semblent préférables à celles de protoxyde. On sait quelles longues manipulations exige la confection de celles de M. Vallet. Ma formule, au contraire, est d'une exécution si prompte, si facile, si peu coûteuse, qu'un seul préparateur peut aisément en livrer trois mille par jour à la consommation, et que cent de mes pilules reviennent à peine, la manipulation non comprise, au prix modique de 10 centimes, ce qui les met à la portée de toutes les fortunes.

Comme cette formule a été altérée, depuis sa publication, par les différents auteurs qui l'ont rapportée, je dois la rétablir ici dans toute son exactitude :

℞ Gomme adragante en poudre. . . . ℈ vi.
Eau. . . . . ʒ j.

Faites macérer dans un mortier de verre ou de porcelaine jusqu'à formation d'un mucilage épais (1);

Ajoutez ensuite :

Sulfate de fer en poudre. . . . . ℥ s.

(1) Si l'on veut empêcher la formation du peroxyde de fer, et rendre les pilules analogues à celles de M. Vallet, on n'a qu'à remplacer ce mucilage par un gros de sucre pulvérisé.

Broyez exactement jusqu'à ce que le mélange soit bien homogène; ajoutez alors :

Sous-carbonate de potasse. . . . ʒ s.

Broyez jusqu'à ce que la masse, qui devient bientôt d'un vert jaunâtre, passe au vert foncé, et prenne une consistance molle. Faites quarante-huit pilules égales. Cette dose suffit pour la guérison d'une chlorose ordinaire.

Par cette manipulation, la masse ne prend pas promptement de la consistance, comme le dit M. Bouchardat dans ses *Eléments de matière médicale et de pharmacie*, page 652, où ma formule est complètement défigurée; elle conserve, au contraire, pendant plusieurs jours, toute sa mollesse, et peut être convertie en pilules tôt ou tard, selon la volonté du préparateur.

L'indication de la dose de mes pilules a été aussi peu exacte que la description de leur confection. M. Bouchardat (*loco cit.*) dit qu'on les donne depuis une jusqu'à trois par jour. Voici comment je les administre pour en obtenir tant de succès :

Le premier jour, une le matin à jeun.

Le deuxième, une dans l'après-midi.

Le troisième, une le soir au coucher.

Le quatrième et le cinquième, deux le matin en une dose.

Le sixième, deux le soir.

Le septième, deux le matin.

Le huitième, deux l'après-midi.

Le neuvième, deux le soir.

Le dixième et le onzième, trois le matin en une dose: (ordinairement la guérison a lieu à cette époque).

Le douzième, trois le soir.

Le treizième jour et les suivants, jusqu'à la guérison, trois le matin, trois l'après-midi et trois le soir.

Dans les chloroses chroniques ou rebelles, je fais, après la guérison, et pour éviter les rechutes, continuer l'usage de mes pilules, à doses décroissantes, ainsi qu'il suit :

Le premier jour, à dater de la guérison, trois pilules le matin.

Le deuxième et le troisième, trois le soir.

Le quatrième, deux le matin.

Le cinquième, deux l'après-midi.

Le sixième, deux le soir.

Le septième et le huitième, deux le matin.

Le neuvième, deux le soir.

Le dixième jour et les suivants, pendant dix à quinze jours, selon que la maladie a été plus ou moins rebelle, une le matin, une dans l'après-midi et une le soir.

BLAUD,

Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, memb. corr. de l'Académie de médecine, etc.

23 octobre 1838.

RECHERCHES

SUR LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DE POITRINE CHEZ LES ENFANTS,

PAR C. TAUPIN,

Interne à l'hôpital des Enfants malades.

Le traité de l'auscultation médiate a jeté un grand jour sur le diagnostic, et par suite sur le traitement des maladies de poitrine. Grâce à la découverte de Laennec, le médecin peut maintenant distinguer pendant a vie toutes

ces affections dont l'anatomie pathologique nous fait reconnaître la nature, suivre pas à pas leur marche, et, dans le plus grand nombre des cas, entraver leurs progrès, ou diminuer leur gravité par une médication appropriée.

Mais Laennec, placé constamment dans des hôpitaux d'adultes, n'a eu que fort rarement l'occasion d'appliquer à l'étude des maladies des enfants le mode d'exploration dont il est l'inventeur. Aussi trouve-t-on à peine dans son ouvrage l'indication de quelques-unes des nombreuses modifications que l'observateur devra rencontrer en se livrant à la pratique de la médecine chez les enfants.

Il semblerait au premier abord que la lecture de son ouvrage aurait dû donner aux médecins spéciaux l'idée d'achever ce qu'il a laissé incomplet; cependant aucun auteur n'a cherché à combler cette lacune; personne ne s'est appliqué à étudier successivement, chez l'enfant, toutes les altérations que l'auscultation fait reconnaître dans les maladies de poitrine; et ceux qui ont écrit sur les maladies du jeune âge se sont bornés à donner çà et là quelques notions écourtées et souvent inexactes.

Il résulte de là que le praticien, habitué à examiner l'état des voies respiratoires chez les adultes, doit, quand il est appelé auprès d'un enfant, se trouver souvent en défaut, exposé à méconnaître une maladie grave dont il serait urgent d'enrayer la marche; et, par contre, on le verra annoncer une affection sérieuse là où un observateur exercé rencontrerait un état purement normal.

J'en appelle à toutes les personnes qui ont quitté les cliniques des hôpitaux d'adultes pour étudier les maladies des enfants. Qu'elles consultent leurs souvenirs, elles de-

vront avouer qu'elles se sont d'abord trouvées dans un grand embarras, et qu'il leur a fallu de longues et laborieuses recherches pour se familiariser avec les différences et les obstacles que présente chez l'enfant l'étude des maladies de poitrine.

Éviter aux élèves, qui se trouveront dans de pareilles circonstances, toutes les difficultés que j'ai rencontrées moi-même au commencement de mes recherches, tel est le but dans lequel j'ai entrepris ce travail, et tenté de réunir en corps toutes les notes que j'ai pu recueillir pendant quatre années d'observation.

En composant ce mémoire, j'ai pris pour guide le *Traité de l'auscultation médiate*; j'ai médité attentivement chacun des chapitres de cet ouvrage, et j'ai comparé quelquefois avec des souvenirs puisés dans les cliniques des médecins spéciaux, mais le plus souvent avec des observations nombreuses et recueillies avec soin, les divers phénomènes indiqués par Laennec, puis j'ai noté le résultat de cette comparaison.

Plus d'un motif m'a déterminé à conserver dans la rédaction de ce mémoire le plan que j'avais suivi dans la recherche des matériaux qui ont servi à le composer.

D'abord il m'a semblé que c'était un devoir pour moi de suivre, en tout point, la marche d'un auteur auquel j'empruntais sa découverte pour la modifier, suivant les cas auxquels je l'appliquais.

Puis j'ai pensé que chaque médecin ayant présente à l'esprit la division claire de cet ouvrage, il était plus commode d'ajouter dans sa mémoire, à chaque article, un petit appendice relatif aux maladies des enfants.

Enfin, j'ai vu que pour quelques chapitres je n'avais à

noter que de très-légères différences, et qu'on pouvait appliquer exactement à la description des maladies de l'enfance ce que Laennec a dit des adultes. J'ai donc suivi fidèlement l'ordre qu'il a adopté, sauf de très-légères modifications que j'indiquerai et motiverai en leur lieu.

« De toutes les maladies locales, les affections des or- » ganes contenus dans la cavité thoracique sont sans con- » tredit les plus fréquentes. — Les mouvements continuels » des viscères thoraciques, et la délicatesse de leur orga- » nisation, expliquent la fréquence et la gravité de leurs » altérations..... Comme complication, ou comme effet » d'une cause générale qui porte son influence sur plu- » sieurs organes à la fois, les affections des viscères tho- » raciques tiennent encore le premier rang, soit sous le » rapport de la gravité, soit sous celui de la fréquence... » Dans les fièvres essentielles, un léger degré de péripneu- » monie, un catarrhe qui engorge de mucosités les rami- » fications bronchiques.... sont des affections locales aussi » constantes... On peut même dire que, dans toute espèce » de maladie,... la mort n'arrive presque jamais sans que » les viscères thoraciques soient affectés d'une manière » quelconque... » (Laennec, tome I, Introduction, pages 1 et 2).

Ce que Laennec a dit, avec raison, des maladies de poitrine chez l'adulte s'applique d'une manière plus rigoureuse encore à la médecine des enfants.

Dans le premier âge, les maladies de poitrine sont plus fréquentes que toutes les autres affections locales; on s'en rendra compte aisément quand on aura ajouté aux causes qui déterminent chez l'adulte les maladies thoraciques

d'autres causes qui sont propres à l'hygiène et à la physiologie des enfants, et qui ne concourent pas moins énergiquement à leur production, je veux dire l'influence d'une respiration, d'une circulation plus actives, d'une sensibilité plus grande aux vicissitudes atmosphériques, du décubitus dorsal prolongé qui occasionne la stase du sang dans les poumons.

Dans les maladies générales qui atteignent l'enfance, les organes respiratoires sont toujours affectés à un degré plus ou moins élevé. Dans la fièvre typhoïde, on rencontre, comme chez l'adulte, un catarrhe pulmonaire, un engouement d'une intensité variable, mais aussi constant que la lésion intestinale. Dans la rougeole, la congestion qui se fait vers les bronches est tellement fréquente que son absence peut être considérée comme une exception, et cette complication, la plus ordinaire de toutes, est encore la moins grave. Dans bien des cas, il s'y joint une de ces pneumonies insidieuses qui envahissent d'emblée les deux poumons, et sont bien souvent au-dessus des ressources de l'art. Dans le croup, même quand il est borné au larynx, il est rare que les poumons ne soient pas de bonne heure atteints par l'inflammation, et que la pneumonie ne vienne contrarier les effets heureux d'une trachéotomie pratiquée à temps.

Dans la gangrène de la bouche, qui paraît limitée à un point rétréci de la face, vous trouvez encore constamment une maladie aiguë de poitrine, soit une pleurésie, soit une pneumonie au deuxième ou au troisième degré.

Je pourrais encore multiplier les exemples; qu'il me suffise d'avoir cité ces derniers qui sont connus de tous les praticiens. Si, avant la découverte de la percussion et

de l'auscultation, le diagnostic des maladies de poitrine était chez l'adulte environné d'obstacles assez grands pour faire dire à Baglivi « *qu'il est plus difficile encore de les reconnaître que de les guérir,* » combien ne devait-il pas être plus obscur encore chez les enfants, privés qu'ils sont des moyens d'indiquer le siége de leur mal? Car un malade raisonnable peut rendre un compte exact des souffrances qu'il éprouve, de leur nature, de leur siége, de leur intensité, et faciliter ainsi des recherches d'où dépend son salut. Mais un enfant n'a pas cette ressource. On ne peut obtenir de ses parents des renseignements nécessaires : ou ils sont peu attentifs et laissent passer inaperçus la plupart des accidents, ou l'excès de leur inquiétude les met hors d'état d'observer. Les enfants qui souffrent se bornent à se plaindre, et ne donnent aucun détail sur le siége et la nature de leur mal. Le moindre examen les effraie, augmente l'irritation causée par la maladie, leur pouls acquiert une fréquence et une force passagères qui peuvent en imposer au médecin, leur dyspnée redouble, les cris qu'ils poussent viennent mettre obstacle à l'exploration. L'expectoration n'est pas là pour éclairer le diagnostic. Les enfants très-jeunes n'expectorent pas, faute de le savoir faire. A quatre ou cinq ans, ils ne le veulent pas. Ils commencent à cracher spontanément vers l'âge de six ou huit ans. Encore, rarement à cette époque l'expectoration est-elle caractéristique, rouillée, dans la pneumonie lobaire. Ce n'est guère que dans la coqueluche qu'elle vient aider au diagnostic déjà rendu facile par le caractère quinteux de la toux. Dans ce cas, dès l'âge le plus tendre, l'expectoration a lieu. Les crachats sont poussés par un effort convulsif qui triomphe de la résis-

tance du sujet; mais, le plus souvent encore, ils sont mélangés de matières alimentaires ou de mucosités gastriques rejetées par le vomissement; et ne peuvent servir à faire reconnaître une complication de pneumonie, complication si fréquente.

Connaissant bien toutes les difficultés dont est hérissé le diagnostic des maladies de poitrine chez l'enfant, nous devons redoubler d'efforts, et chercher à tirer parti de tous les moyens que fournit l'expérience. Je vais les passer successivement en revue, et tâcher d'obtenir de leur ensemble une certitude qu'aucun d'eux ne pourrait nous donner, pris isolément.

Attitude du corps. — Un adulte, en proie à une dyspnée intense, cherche, en plaçant son corps dans une position plus avantageuse, à diminuer les obstacles qui s'opposent au libre exercice de ses fonctions respiratoires, et parvient, au moyen d'efforts bien entendus, à remédier par une modification de l'appareil extérieur aux désordres de l'appareil intérieur. S'il est atteint d'un épanchement pleurétique, un mouvement instinctif le porte à se coucher sur le côté opposé pour laisser un libre développement au poumon resté sain. S'il a une pneumonie, une pleurésie doubles, une affection du cœur, il se tient à son séant. Les enfants très-jeunes sont privés de cette ressource; ils restent habituellement couchés sur le dos, position extrêmement nuisible; car, outre qu'elle les met hors d'état de déployer toute l'énergie de leur système musculaire thoracique, elle les expose à cette pneumonie hypostatique qui cause la mort de tant de sujets en bas âge. Ils n'ont point dans les muscles lombaires une force suffisante pour se mettre à leur séant et s'y tenir, et ils

sont si peu faits à cette attitude que, si un observateur attentif essaie de les y maintenir au moyen d'oreillers accumulés, ils témoignent, par leurs cris et leur agitation, une vive impatience qui ne cesse qu'avec le retour à cette position funeste à laquelle ils sont habitués.

Dans la pleurésie bornée à un seul côté de la poitrine, ils restent également couchés sur le dos, et ne veulent pas supporter un décubitus latéral qui faciliterait leur respiration.

Dans quelques circonstances seulement, on les voit changer spontanément de position. Dans le croup, quand un accès de suffocation le saisit, dans la coqueluche, à l'imminence d'une quinte, l'enfant s'élance à son séant, s'y tient pendant tout le temps de l'accès, puis se laisse retomber accablé de fatigue, et reste dans le décubitus dorsal jusqu'à une nouvelle secousse.

Ainsi on ne peut tirer, chez l'enfant, aucun indice de la position du corps, qui chez l'adulte fournit des renseignements précieux.

Cris. — On a étudié avec soin le cri des enfants, on a cherché à caractériser ses variétés pour en assigner une forme particulière aux maladies de chacune des trois grandes cavités viscérales. Ces recherches n'ont jeté aucune lumière sur le sujet qui nous occupe. Le seul cri qui ait une importance pratique de quelque valeur est le cri appelé par Coindet hydrencéphalique, cri aigu, perçant, qui indique la présence d'une hydropisie des ventricules cérébraux, et qu'on ne peut méconnaître quand on l'a entendu une fois. Mais, pour les affections de la poitrine et du ventre, aucun cri n'a été signalé par les auteurs, et, pour ma part, je n'ai rien remarqué qui pût mener à une

conséquence pratique. Les enfants se plaignent habituellement, et la nature de leurs plaintes n'a rien de particulier. On peut donc négliger ce phénomène qui ne peut fournir aucune donnée utile.

Facies; traits. — La séméiotique faciale a été appliquée à l'étude des maladies de poitrine. M. Jadelot, son inventeur, admet un trait pectoral qui lui signale tout d'abord une maladie thoracique; puis il reconnaît des traits secondaires qui appartiennent spécialement à telle ou telle affection de l'une ou de l'autre cavité, ou des deux à la fois. A l'aide de ces traits, il annonce avoir à faire à une pneumonie, une bronchite, une pleurésie de tel ou tel côté, et, dans un bon nombre de cas, la vérification faite prouve la sagacité du praticien; mais M. Jadelot ne s'en impose-t-il pas à lui-même, ne s'exagère-t-il pas la valeur diagnostique des signes de la face, et ne trouve-t-il pas, dans une grande habitude, une expérience consommée, un coup d'œil rapide qui lui dévoile sur-le-champ la maladie? Et d'ailleurs, il n'est pas rare non plus de voir un examen attentif renverser l'édifice d'un diagnostic établi sur des bases aussi mobiles que les traits de la face, et je doute qu'aucun autre praticien ait jamais tiré parti de ce mode d'exploration. Il me sera permis de rester dans cette opinion jusqu'à ce que M. Jadelot ait publié, avec détails, le traité qu'il prépare depuis long-temps sur la séméiotique faciale, et prouvé par de nombreux faits la rectitude des jugements portés à l'aide de sa méthode.

Toutefois, si je n'admets pas entièrement la certitude trop vantée, à mon avis, d'un diagnostic basé sur la contraction permanente de tel ou tel muscle facial, loin de

moi l'idée de nier les lumières qui peuvent résulter d'un regard promené attentivement sur la face d'un enfant atteint d'une maladie de poitrine. L'inspection peut mettre sur la voie, et donner tout d'abord aux recherches une direction utile. Pour bien étudier le *facies*, il faut l'analyser et passer en revue les divers éléments qui le composent.

Coloration de la face. — La coloration rouge intense du visage, chez un enfant atteint de dyspnée, devra attirer toute notre attention, et donnera plus de probabilité à l'opinion que la maladie a son siége dans la poitrine, et non dans l'économie entière. On sentira l'importance de ce que j'avance, si on se rappelle la dyspnée qui se voit souvent au début de la scarlatine, de la variole, qui n'affectent pas primitivement le poumon, et celle qui survient dans le cours d'une péritonite. Dans ces cas, il y aura bien une coloration notable de la face, mais elle sera violacée et se remarquera aux lèvres, au front, aussi bien qu'aux joues. Si un côté de la face est plus coloré que l'autre, ou si la rougeur se voit sur un seul, l'indication est plus précise encore, l'affection est double, et plus marquée d'un côté ou elle en a envahi un seul.

Ce symptôme qui chez l'adulte a peu de valeur, parce qu'il peut être un effet purement mécanique produit par le décubitus sur le côté malade, acquiert ici une plus grande importance, parce qu'il a lieu également pendant le décubitus dorsal.

Cette coloration rouge se voit habituellement dans les affections aiguës de poitrine dès leur début; quand elles deviennent plus intenses, la teinte de la face n'est plus rouge, mais livide, violacée.

Il est une maladie des voies respiratoires qui fait exception à cette règle générale ; je veux parler du croup, dans lequel les malades sont habituellement très-pâles. Dans la pneumonie lobulaire, il arrive souvent que les petits malades ont la face violette ; il en est de même dans la pneumonie hypostatique.

Bouche.—On remarque constamment un état particulier de la bouche ; rarement la voit-on demi-ouverte ; elle est largement béante ou complétement fermée. Nous devons établir ici une distinction suivant les cas. Si l'obstacle à la respiration a son siége dans la gorge, l'enfant ouvre largement la bouche, porte sa tête en arrière ; ses yeux sont saillants ; sa face pâle ou livide, mais point rouge. C'est ce qu'on observe dans le croup, l'œdème de la glotte, la suffocation de la coqueluche. Si l'affection siége dans les poumons ou dans les plèvres, les yeux sont fermés, les lèvres rapprochées, portées en avant et en bas, et à peine soulevées pour livrer passage à l'air expiré. L'occlusion de la bouche fait pressentir que les ailes du nez doivent se contracter énergiquement pour suppléer à l'action des lèvres, c'est ce qui a lieu en effet : elle s'observe constamment dans la dyspnée, et se voit bien plus chez l'enfant que chez l'adulte.

La face porte l'expression d'une anxiété vive, qui s'accroit dès qu'on s'approche des enfants, qu'on s'occupe d'eux.

De ce que je viens de dire, il résulte que les enfants atteints de maladie de poitrine ont un *facies* particulier aisé à reconnaître, et constitué par les caractères suivants : coloration de la face, occlusion complète de la

bouche, ou écartement complet des lèvres, contraction vive des ailes du nez, expression d'anxiété.

Circulation (capillaire). — Les extrémités se refroidissent rapidement, prennent une teinte violacée, et cet état d'asphyxie locale, produit par l'engorgement pulmonaire, concourt plus tard à l'augmenter.

Pouls. — Dans les affections aiguës de poitrine, le pouls acquiert toujours une grande fréquence; je n'ai jamais observé de ralentissement. Il s'élève quelquefois à 160, 180 pulsations par minute; chez un grand nombre de sujets, il est impossible de le compter, tant à cause de la fréquence que par suite des mouvements d'impatience de l'enfant, que l'examen tire de l'état d'assoupissement où il était plongé par la congestion sanguine du cerveau. Quant à sa force, sa plénitude, on ne peut poser aucune règle générale; la constitution du sujet, l'intensité, la nature, le siége, la durée de la maladie les font varier à l'infini.

Respiration accélérée. — La fréquence de la circulation reconnaît pour cause celle de la respiration; celle-ci est précipitée: on compte quelquefois 80 inspirations et plus par minute. Chez l'adulte, on n'observe une aussi grande accélération que dans des cas extrêmes. L'inspiration est courte, saccadée et séparée par un intervalle indivisible de l'expiration. Celle-ci est accompagnée d'un effort convulsif, et ressemble plutôt à une secousse de toux étouffée qu'à une expiration naturelle. Les maladies de poitrine ne sont pas les seules qui présentent ce phénomène. La fréquence de la respiration est quelquefois produite par un météorisme considérable.

Respiration abdominale. — Quand la dyspnée est

grande, l'action des muscles de la poitrine ne suffit plus, l'enfant cherche dans un autre appareil musculaire les ressources qui lui manquent; il contracte énergiquement les muscles du ventre; la respiration est alors dite abdominale.

Cette respiration secondaire ne se voit pas seulement dans les maladies aiguës de poitrine; il est des cas où on doit la considérer comme un état normal. Par exemple, chez un grand nombre de sujets rachitiques, dont la poitrine est conformée vicieusement, et ne peut se développer d'une manière suffisante. Mais encore ces enfants ont ordinairement la respiration gênée, ils sont asthmatiques, sujets aux rhumes, et plus que d'autres aux pneumonies hypostatiques.

Toux. — La toux présente des variétés importantes; il sera plus convenable de les examiner quand je parlerai de chaque maladie en particulier. Il suffit de noter la grande fréquence dans la plupart des cas. Elle peut, au contraire, manquer ou exister à peine dans les pneumonies insidieuses qui viennent compliquer la méningite, la gangrène de la bouche, et dans les pneumonies lobulaires.

(*La suite à un prochain cahier.*)

BROCHETTE DE FER

avalée par un chien;

PERFORATION DE L'ESTOMAC ET DES PAROIS ABDOMINALES. GUÉRISON;

PAR M. MARTY,

Artiste-vétérinaire à Conilhac, de Plat Pays (Aude).

Je viens de rencontrer dans ma pratique vétérinaire un fait tellement rare et curieux, que je crois devoir le publier.

Le 10 février, un chien braque, âgé de huit mois, appartenant à M. Ramel, propriétaire à Douzeau (Aude), en mangeant avec voracité une pâtée de foie de volaille et de jambon, avala une brochette en gros fil de fer, de six centimètres de longueur (que j'ai conservée), terminée d'un bout par une pointe aiguë, de l'autre par un anneau de fer de cinq lignes de diamètre.

Le premier jour, l'animal ne manifesta aucun signe de souffrance, ni même d'indisposition.

Le lendemain 11, il chassait comme à l'ordinaire; mais en sautant les fossés et en descendant les côtes, on remarquait une gêne dans ses mouvements qui le faisait de temps en temps s'incliner jusqu'à terre.

Le 12, l'animal parut très-souffrant : il poussait des cris plaintifs, accompagnés de contorsions des membres, ne pouvant rester un seul instant en repos, et refusant toute espèce de nourriture. En examinant avec attention, on reconnut un léger engorgement à la partie postérieure

du cartilage xyphoïde du sternum. La maladie fut abandonnée aux seules ressources de la nature,

Le 13, les souffrances étaient diminuées, et la tuméfaction locale fort augmentée.

Le 14, la pointe de la brochette se faisait jour au sommet de cet engorgement, à la distance de trois centimètres de la pointe du cartilage xyphoïde et à un centimètre à droite de la ligne médiane de l'abdomen. Dès qu'on put saisir cette pointe, on fit immédiatement l'extraction du corps étranger, ce qui exigea un effort assez considérable, à cause de l'anneau qui terminait la brochette, et dont le diamètre excédait de beaucoup celui de l'ouverture. Cette extraction fut pénible et douloureuse. Cependant, elle était à peine terminée, que l'animal se mit à manger. L'engorgement du côté se dissipa promptement, et l'ouverture qui avait donné passage à la brochette se cicatrisa avec autant de facilité que la plaie la plus simple. Elle était complètement fermée le 21 du même mois, et l'animal ne paraissait plus se ressentir en aucune manière de son accident.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

OEuvres complètes de John Hunter, traduites de l'anglais sur l'édition du docteur J. F. Palmer, avec des notes par G. Richelot, D.-M. P., etc. — Première livraison (avec atlas) : *Vie de Hunter; leçons de chirurgie.* Paris, 1839.

John Hunter naquit dans les environs de Glascow, en Ecosse, en 1728, et mourut subitement à l'hôpital Saint-Georges de Londres, dont il était le chirurgien, dans la soixante-cinquième année de son âge. Quelques années auparavant était mort, dans la même ville, son frère aîné William Hunter, membre comme lui de la société royale de Londres. L'immortel Jenner fut l'un des élèves et des amis les plus intimes de John Hunter.

John était dans sa vingtième année, lorsque le bruit des succès de son frère, comme chirurgien, fit naître en lui le désir d'embrasser la même profession, et c'est dans l'amphithéâtre de William, à Londres, qu'il fut initié aux études anatomiques. Peu après, il commença ses études chirurgicales sous Cheselden, ce célèbre opérateur, qui, le premier, popularisa la *taille latéralisée*, jusqu'alors pratiquée d'après les procédés mystérieux et encore barbares des frères Jacques et du lithotomiste hollandais Raw.

Malheureusement John Hunter, dont l'éducation pre-

mière avait été fort négligée, se livra d'abord à des amusements et à des sociétés qui le détournèrent quelque temps des graves travaux de notre belle profession, et perdit ainsi sans retour l'occasion de polir ses manières, et de dompter, quand il en était peut-être temps encore, la violence d'un caractère emporté et irritable. Bien loin de se repentir plus tard d'avoir négligé les occasions qui lui étaient offertes d'adoucir et de perfectionner son esprit par la culture des lettres, il s'écriait, dans le langage énergique qui lui était familier : « On voulait faire de moi une vieille femme, ou me farcir de grec et de latin à l'université. Mais, ajoutait-il, en appuyant l'ongle de son pouce sur la table d'une manière significative, ces projets, je les ai écrasés comme autant de vermines. »

Hélas ! il n'eut que trop sujet, dans un âge plus avancé, de déplorer les inconvénients attachés à un naturel fougueux. « Je le sens bien, disait-il tristement, ma vie est entre les mains du premier coquin à qui il plaira de me contrarier ! » Et pourtant cet homme célèbre joignait à une probité irréprochable, à un ardent amour de la vérité, à une parfaite candeur, des sentiments humains et généreux ; mais il ne possédait point sur ses passions et sur son caractère cet empire sans lequel on ne peut arriver à une haute moralité ni à un bonheur véritable.

Hunter était destiné à faire preuve pendant long-temps de ce courage passif et de cette persévérance non interrompue, dont aucune position ne fait une loi plus impérieuse que celle d'un jeune homme qui débute, à Londres ou à Paris, dans l'exercice élevé de la profession médicale. Certes, dit avec raison l'auteur de la biographie de J. Hunter, Drewry Ottley, il faut un courage peu com-

mun pour résister aux désenchantements qu'éprouve un jeune homme ainsi placé, quand il voit que son mérite reste inaperçu, tandis qu'à ses côtés le monde verse à pleines mains la fortune à des hommes qui semblent le mériter moins que lui. Il faut aussi une persévérance bien inébranlable pour tenir constamment devant ses yeux le but qu'on s'est proposé, et pour résister à l'attrait qui a porté tant d'hommes d'un mérite supérieur à abandonner une lutte pénible, et à se livrer à la culture de la littérature ou des sciences, occupation pleine de charmes, à laquelle on ne peut consacrer beaucoup de temps sans négliger des objets plus essentiels pour ceux qui ne veulent pas seulement retirer la gloire, mais encore la fortune de la pratique de leur profession.

N'ayant qu'un revenu médiocre, et entraîné à des dépenses assez fortes par l'ardeur avec laquelle il se livrait à ses recherches scientifiques, Hunter était forcé de se réduire à la condition la plus simple, de mener une vie retirée.... et ce n'était guères le moyen d'arriver à des relations favorables à l'augmentation de sa clientelle.

J. Hunter était en outre, comme déjà nous l'avons fait pressentir, dépourvu de ces manières conciliantes qui, dans toutes les situations, contribuent tant à captiver la bienveillance des personnes avec lesquelles les affaires de la vie nous mettent en contact habituel, et qui sont surtout indispensables dans la profession médicale. Le sentiment intérieur qu'il avait de sa supériorité intellectuelle contribuait encore à le rendre peu sociable, ses qualités solides ne pouvant lui attirer l'amitié que du petit nombre d'hommes capables d'apprécier tout son mérite. Hunter méprisait profondément ces petites tactiques qui entrent

pour une si grande part dans ce qu'on appelle l'art de se pousser dans le monde; aussi sa marche fut-elle lente, tardive et embarrassée. « A celui qui n'est que RÉEL, dit Bacon, il faut une dose excessivement grande de vertu... » Mais, après tout, Hunter ne considérait peut-être pas, à l'exemple de la plupart des hommes, l'acquisition d'une grande fortune, comme le but de tous les efforts auxquels il se livrait. Peut-être, au contraire, ne voyait-il dans la richesse qu'un moyen d'arriver à l'accomplissement des projets bien autrement importants qu'il avait en vue. C'est, du moins, ce qu'il est permis de conclure des dépenses considérables auxquelles il n'hésita point à se livrer, dès que l'amélioration de son sort le lui permit, pour former son célèbre musée pathologique, et entretenir la nombreuse ménagerie qui lui servait à ses recherches d'histoire naturelle. On peut même dire que pour de pareils résultats, il n'était pas plus ménager de sa vie que de sa bourse; car dans une circonstance critique, il n'hésita point à braver le danger le plus réel, comme dans une autre, il n'avait point hésité à souscrire à une demande pécuniaire véritablement exorbitante. Voici comment ces deux traits sont rapportés par l'auteur déjà cité :

« Byrne, ou O'Brien, célèbre géant irlandais, mourut en 1783. Sa santé avait été dans un mauvais état pendant un temps assez long avant sa mort, et Hunter, qui tenait beaucoup à se procurer son squelette, chargea son domestique Howison d'épier tous ses mouvements, afin d'être sûr de pouvoir se procurer son cadavre. Byrne en eut connaissance; et comme il ne pouvait sans horreur supporter l'idée d'être disséqué, il résolut de prendre toutes les précautions possibles pour ne pas tomber entre les

mains des médecins. En conséquence, il laissa les ordres les plus précis pour que son corps fût surveillé jour et nuit jusqu'à ce qu'on eût construit une châsse en plomb dans laquelle il devait être renfermé, puis emporté en pleine mer et submergé. Byrne ne tarda pas à mourir, et, d'après ses volontés, l'entrepreneur des pompes funèbres engagea quelques hommes pour veiller le corps alternativement. Howison ayant découvert la maison où ces hommes allaient boire quand ils n'étaient pas de garde, en informa Hunter, qui s'y rendit immédiatement pour tâcher de les corrompre et d'obtenir qu'ils lui laissassent enlever le corps. Il eut une entrevue avec un d'entre eux au cabaret, et commença par lui offrir 50 livres (1250 fr.); cet homme accepta, à condition que ses compagnons y consentiraient également, et il sortit pour les consulter. Il revint bientôt, disant qu'il leur fallait cent livres (2500 fr.). Hunter y consentit et considéra l'affaire comme arrangée. Mais ces hommes le voyant si empressé, revinrent bientôt faire une demande plus élevée à laquelle il consentit également. Alors ils firent naître de nouvelles difficultés et élevèrent de plus en plus leurs prétentions, jusqu'à porter, dit-on, le prix à la somme de 500 livres (12,500 fr.) ! Dans le silence de la nuit, le corps fut apporté dans une voiture de louage, et après avoir parcouru plusieurs rues, on le déposa dans la propre voiture de Hunter, qui le transporta immédiatement à Earl's-Court. Dans la crainte d'être découvert, Hunter ne voulut point recourir aux procédés très-longs employés ordinairement pour la préparation des squelettes. Le corps fut coupé par morceaux, et les chairs furent séparées des os par l'ébullition. Telle est la cause de la couleur brune de ces

os, qui, sous tous les autres rapports, constituent un magnifique squelette. »

Après de semblables traits, il n'y a plus lieu de s'étonner que Hunter soit mort sans fortune. Les grands hommes de notre époque savent mieux allier le culte de leurs intérêts avec celui de la science; dévorés d'un zèle moins ardent, mais mieux entendu, ils s'occupent un peu moins de l'art et un peu plus de la profession....; aussi arrivent-ils à des résultats bien différents ! En vérité, c'est à peine si je me sens la force de les en blâmer ! Mais venons-en à notre seconde anecdote.

« Plusieurs des recherches auxquelles Hunter avait voulu se livrer ne pouvaient être suivies convenablement, ou étaient même impraticables au sein d'une ville populeuse. En conséquence, il acheta un terrain appelé Earl's-Court, situé à Brompton, à deux milles environ de Londres, et il y bâtit une petite maison, dans laquelle il passait une grande partie de son temps, et où il exécuta la plupart des travaux dont les résultats ont été consignés, soit dans les mémoires qu'il a fait imprimer dans les *Transactions philosophiques*, soit dans son ouvrage sur l'*Économie animale*. Là, il aimait à passer une heure ou deux au milieu des étranges hôtes qu'il y réunissait de toutes les parties du globe, observant leurs mœurs et leurs instincts, et s'amusant à provoquer l'emploi de leurs moyens de défense par les attaques qu'il leur faisait à plaisir. Comme on pouvait s'y attendre, il se trouva plus d'une fois en danger dans ces combats. Un jour, il fut renversé par un petit taureau qu'il avait reçu de la reine, et avec lequel il s'était mis à lutter, et, sans le secours que lui porta un de ses domestiques, il aurait pu être

blessé d'une manière fort grave. Dans une autre circonstance, il pouvait arriver des accidents encore plus sérieux. Deux léopards, qu'il tenait enchaînés sous un appentis, s'échappèrent et se mêlèrent dans la cour avec les chiens. Il s'engagea aussitôt un effroyable combat, dont le bruit alarma les habitants du voisinage et attira Hunter, qui accourut pour en connaître la cause : voyant un des léopards aux prises avec les chiens, tandis que l'autre cherchait à franchir la muraille, Hunter se précipita sur eux, quoique sans armes, les saisit l'un et l'autre, les entraîna dans leur prison et les enchaîna. Heureusement, ces animaux se laissèrent conduire. Quand le danger fut passé, Hunter en mesura toute la grandeur, et en fut si ému qu'il s'évanouit. »

Une émotion du même genre fut, à ce qu'il paraît, l'occasion première du développement de l'*angine de poitrine* qui le tourmenta pendant de longues années, et dont le dernier accès fut mortel. Long-temps Hunter céla cette cause : mais enfin, pressé de questions par le docteur Pitrann, il avoua qu'il avait été frappé de la crainte de devenir hydrophobe, à cause d'une plaie qu'il s'était faite à la main, en examinant le cadavre d'une personne qui était morte de la rage. Les accès de la maladie, outre divers autres phénomènes spasmodiques, offraient pour symptôme dominant la suspension des mouvements du cœur, et, par conséquent une syncope qui se prolongeait pendant plus ou moins long-temps. Jenner était porté à attribuer cette affection à une lésion organique du cœur, quelques autopsies l'ayant déjà conduit à adopter cette étiologie pour l'*angine de poitrine*, maladie qui, à cette époque, était encore fort mal connue. Une émotion mo-

rale vive fut la source du dernier accès, comme elle l'avait été du premier; et Hunter succomba en quelques instants, au milieu, pour ainsi dire, d'une discussion qu'il avait prévue pouvoir lui devenir funeste. Le corps de Hunter fut ouvert. Le cerveau et les viscères de l'abdomen étaient gorgés de sang; mais à cela près, ils étaient sains, à l'exception des artères carotides et de leurs branches intra-crâniennes, dont les parois étaient épaissies et ossifiées par places. Le poumon gauche était uni à la plèvre costale par des adhérences anciennes très-solides. Le cœur était le siége principal de la maladie. Le péricarde était épaissi d'une manière remarquable, mais il ne renfermait pas beaucoup de sérosité. Le cœur, peu volumineux, paraissait trop petit pour la cavité dans laquelle il était contenu, la diminution de son volume étant le résultat de l'atrophie et non celui d'une contraction énergique de ses fibres. Il existait deux plaques blanches, opaques, sur l'oreillette et le ventricule gauches. Le tissu musculaire de l'organe était pâle et privé de densité. Les branches des artères coronaires, qui se ramifient dans l'épaisseur du cœur, étaient transformées en longs tubes que le scalpel ne divisait qu'avec peine. La valvule mitrale était considérablement ossifiée. L'aorte était un peu dilatée; ses valvules étaient épaissies et avaient perdu leur souplesse, et sa surface interne était parsemée de plaques blanches, opaques, faisant saillie à l'intérieur.

Sans doute, les détails qui précèdent suffisent pour satisfaire les anatomo-pathologistes qui croiront devoir avec Jenner attribuer les accidents de l'angine de poitrine aux lésions organiques du cœur et du péricarde. Pour nous, il nous paraît plus logique de regarder ces lésions comme

lentement formées et consécutives à la lésion vitale ou à la *névrose*.

Comme la plupart des hommes qui ont laissé dans l'histoire de l'art un souvenir durable, Hunter était un travailleur infatigable. Chaque heure de la journée avait pour lui une occupation et un emploi déterminés; à peine en accordait-il cinq au repos; et dans les jours d'été, il était au travail avant quatre heures du matin. Malheureusement, ses ouvrages se ressentent du peu de culture de son esprit, et ce n'était qu'à force d'empire sur lui-même qu'il avait réussi à professer, surmontant avec peine l'émotion que lui causait chaque leçon et la difficulté qu'il éprouvait à exprimer clairement et correctement ses idées. Aussi ses cours n'eurent jamais qu'un petit nombre d'auditeurs, et encore, parmi ceux-ci, s'en trouvait-il quelques-uns de la force du docteur Garthshore, qui, disait-on, « y venait de temps en temps, montait sa montre et *s'endormait*. » Toutefois, la hardiesse et l'indépendance de son esprit, la candeur et l'originalité qui le distinguaient, la persévérance avec laquelle il soumettait ses idées à une expérience laborieuse et positive, rendaient J. Hunter bien digne d'être apprécié par ceux qui avaient assez de lumières et d'instruction pour s'attacher plus au fond qu'à la forme. On ne saurait trop souvent remettre sous les yeux des chirurgiens une sentence qui lui était familière et qui prouve combien il avait de sagesse et d'expérience : « Pratiquer une opération, disait-il, c'est mutiler un malade qu'on ne peut guérir; on doit donc considérer une opération chirurgicale comme un aveu de l'imperfection de notre art. »

Son *Traité des maladies vénériennes* fourmille d'obser-

vations intéressantes et de remarques pratiques d'un haut intérêt. Les tentatives d'*inoculation* qu'on a cherché à reproduire de nos jours, décèlent en lui un observateur plein de sagacité et rempli du désir de reculer les bornes de la science. Mais l'un de ses plus beaux titres à la reconnaissance de la postérité est sans contredit l'opération *de l'anévrysme* par la méthode qui porte son nom. L'auteur de la biographie de J. Hunter s'est attaché à lui faire rendre sous ce rapport toute la justice qui lui est due, en combattant, ce nous semble, avec succès, les prétentions élevées par les chirurgiens français, qui ont cherché à attribuer l'honneur de cette méthode à notre compatriote *Anel*.

Les écrits de Hunter ne nous étaient connus jusqu'ici que par quelques fragments de traduction incomplète et parfois infidèle. Le traité même des maladies vénériennes, traduit par *Audiberti*, offre beaucoup d'obscurités, et çà et là quelques contradictions, qui doivent être en partie attribuées aux vices de la traduction. Le défaut de méthode et de clarté qui se remarque dans presque toutes les œuvres des savants étrangers se joint, dans les écrits de J. Hunter, à une difficulté de style, qui, plus d'une fois, a causé de l'embarras à ses compatriotes eux-mêmes.

C'est donc un éminent service rendu à la science que le travail entrepris par M. Richelot. Nous partageons toute l'indignation qu'il éprouve en voyant les stupidités d'*Hahnemann* trouver un traducteur et un éditeur, tandis que tant d'écrits recommandables restent pour nous comme non avenus, faute d'être traduits dans notre langue. Sans doute il est permis de regretter en cette occasion la désuétude où est tombée la langue latine, qui met-

tait en rapport avec une si grande facilité les savants de tous les pays.

Les leçons de chirurgie de Hunter, le traité des dents, le traité des maladies vénériennes, le traité du sang et de l'inflammation, telles sont les œuvres capitales (auxquelles se trouvent joints les nombreux mémoires disséminés dans divers recueils, et réunis par les soins du docteur Palmer), dont M. Richelot a entrepris la traduction. La vie de J. Hunter, écrite par *Drewry Ottley*, est placée en tête de l'ouvrage et occupe toute la première livraison. Nous en avons extrait presque textuellement les matériaux de cette notice analytique. L'atlas, qui doit comprendre un grand nombre de planches lithographiées, est exécuté avec soin, et offre dans la première livraison un beau portrait de John Hunter et plusieurs planches qui se rapportent au traité des dents. Le traducteur a eu soin de substituer des figures nouvelles et dessinées d'après nature, à celles qui étaient défectueuses dans les planches jointes à l'édition anglaise. On ne saurait dire assurément que la lithographie remplace avantageusement la gravure; mais elle la supplée, du moins, d'une manière suffisante, et elle permet de réduire singulièrement le prix des ouvrages de cette nature.

S'il nous était permis de nous prononcer sur le mérite d'une traduction que nous ne pouvons juger que d'après le résultat, nous dirions qu'elle nous paraît ne rien laisser à désirer sous le rapport de la clarté, de la correction et même de l'élégance; mais, jusqu'ici, le traducteur n'a point encore eu à lutter contre les difficultés du sujet proprement dit; et, quoique nous ne doutions pas, d'après des antécédents bien connus, que M. Richelot ne conti-

nue son œuvre avec le même succès qu'il l'a commencée, nous sommes forcé pourtant de suspendre notre jugement jusqu'après la publication des livraisons prochaines. Sous le point de vue scientifique, il nous paraît indubitable que cette édition française d'un ouvrage qui a eu en Angleterre un si grand succès sera accueillie avec faveur par le public médical.

GIBERT.

Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux; par M. Ch.-Fr. CARRON DU VILLARDS, docteur en médecine et en chirurgie, professeur d'ophtalmologie, etc., etc. — 2 vol. in-8°.

M. Carron du Villards est un de ces oculistes comme nous voulons bien les admettre dans le corps médical. Ce n'est point un de ces médecins manqués, un de ces officiers de santé de contrebande, qui, ne sachant rien de rien, étant parvenus on ne sait comment, quelquefois par un faux coupable mais ignoré, à se procurer un titre légal, se sont faits débitants d'une *eau admirable* ou d'une *pommade souveraine*, s'intitulent hommes spéciaux pour la guérison des maladies des yeux, et appelant au secours de leur ignorance la trompette des journaux, captent la confiance du public toujours crédule, à la honte de l'art et au détriment des hommes d'instruction et de probité. M. Carron a étudié d'abord l'ensemble de la science médicale : il a même voulu le prouver par quelques publications sur divers points de médecine et de chirurgie; puis

son goût, les circonstances, les conseils de Scarpa, dont il s'honore d'être l'élève, l'ont porté à s'occuper plus spécialement de l'étude des maladies des yeux. Un mémoire sur l'iris et ses maladies, couronné par la Société médico-pratique de Paris ; des recherches sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte, dont nous avons rendu un compte favorable dans la *Revue* ; diverses autres publications dans les journaux de médecine sur plusieurs points de la médecine et de la chirurgie oculaires ont été pour lui l'honorable prélude de l'ouvrage que nous avons aujourd'hui sous les yeux. Sans être précisément un traité didactique complet, le *Guide pratique des maladies des yeux* contient à peu près tout ce qu'on sait de positif en pathologie oculaire. Une analyse détaillée de ce livre nous entraînerait trop loin : nous nous contenterons d'en indiquer les grandes coupes, puis nous signalerons les parties qui nous ont paru les mieux traitées.

Un aperçu bibliographique des principaux ouvrages sur les maladies des yeux précède utilement toute entrée en matière. Il est bon que l'ophtalmologiste possède un bon catalogue de la bibliothèque qu'il a besoin de consulter. Nous regrettons, comme M. Carron lui-même, qu'à l'exemple de Beer, il n'ait pu accompagner l'indication de chaque ouvrage, ou au moins des principaux, d'une note critique sur les opinions et les doctrines de l'auteur.

Peut-être eût-il pu retrancher l'exposé anatomique succinct des diverses parties de l'œil qui suit son tableau bibliographique. Dans les ouvrages pratiques, les détails anatomiques nous paraissent plus à leur place, lorsqu'on

les accole aux données pathologiques ou thérapeutiques qu'ils sont destinés à expliquer ou à établir.

Le chapitre sur le diagnostic, qui vient après, nous suggérerait des réflexions à peu près pareilles. Ainsi l'expérience des trois images de M. Sanson pour éclairer le diagnostic de la cataracte dans les cas douteux, nous eût paru mieux placée dans le chapitre qui traite de cette maladie.

L'ordre anatomique suivi par l'auteur dans l'exposition des maladies de l'œil et de ses annexes nous semble le plus simple et le plus convenable.

Enfin, l'ouvrage est terminé par un *memento* thérapeutique et pharmaceutique, que l'auteur a jugé à propos d'écrire en latin. Nous sommes loin de l'en blâmer. Combien il est à regretter que l'usage de cette langue, cette base exclusive de l'instruction des colléges, ne soit pas la langue exclusive des savants de tous les pays. Combien elle rendrait les relations scientifiques plus faciles et plus multipliées! Après avoir indiqué les grandes divisions générales de l'ouvrage que nous examinons, et l'ordre que l'auteur a adopté dans l'exposition des maladies de l'organe de la vision, nous allons signaler au lecteur les points qui nous ont paru traités avec le plus de soin et de développement.

Et d'abord, dans les maladies des paupières, nous ferons remarquer comme fort complètement exposé tout ce qui a rapport au renversement soit en dedans, soit en dehors de ces voiles mobiles (entropion et ectropion), les diverses opérations auxquelles donnent souvent lieu ces infirmités, et principalement celles qui sont du ressort de l'autoplastie. Des observations intéres-

santes sont relatées à l'appui des procédés opératoires qui doivent être préférés, et que le succès a le plus souvent justifiés.

Le procédé de Champesme pour la cautérisation des bulbes des cils avait déjà paru fort ingénieux. L'expérience a prouvé qu'il était presque impraticable. Celui qu'a imaginé M. Carron du Villards, et qui en est une heureuse modification, est bien préférable. Il introduit des épingles à froid dans les points d'implantation de ces bulbes, et les fait rougir ainsi plantées, en laissant la partie saillante de ces épingles entre les mords d'une pince à friser rougie à blanc.

Dans l'histoire de la fistule lacrymale, où les divers procédés sont pesés avec une grande impartialité pratique, et où l'application de la canule, devenue sous Dupuytren presque exclusive, est aussi appréciée à sa juste valeur, et par conséquent, singulièrement réduite, on rencontre un fait curieux de perforation du sac lacrymal, et, par suite, de fistule lacrymale, par une piqûre de sangsues, guérie du reste facilement par la simple cautérisation de la piqûre, au moyen du nitrate d'argent. M. Carron a aussi donné dans ce chapitre un résumé très-exact des indications anatomiques, dues à M. Lisfranc, sur les rapports précis du sac lacrymal et du tendon du muscle orbiculaire des paupières, et des inductions opératoires que cet habile chirurgien en a tirées, pour parvenir sûrement et sans hésitation dans le sac lacrymal.

Nous ne ferons qu'indiquer tout ce qui a rapport à l'iris et à ses maladies, ainsi que l'histoire de la cataracte. M. Carron a nécessairement reproduit presque en totalité ici ses travaux antérieurs sur ce double sujet : il n'affecte

point dans les diverses méthodes et procédés d'opération de la cataracte, une prédilection marquée pour tel ou tel, à l'exemple de quelques chirurgiens; il les croit tous bons et comme pouvant dans certains cas réclamer une application exclusive. C'est ainsi qu'il donne le précepte d'opérer le broiement central du cristallin dans les cas où l'iris est adhérent à ce corps ou à sa capsule, et il donne à l'appui de ce précepte plusieurs opérations de ce genre pratiquées avec succès, et dont quelques-unes lui sont personnelles.

Il ne manque pas de faire justice de ces prétendues guérisons de cataracte sans opération, et cite, entre autres faits propres à dévoiler la fraude et l'impudente effronterie de certains charlatans, l'histoire d'une dame Jourdain, dont le nom figurait sur une liste publiée et imprimée de guérisons de ce genre, et qui ne dut vraiment le retour de sa vue qu'à l'opération de la cataracte que lui pratiqua M. Carron du Villards lui-même.

L'appréciation des divers procédés de pupille artificielle est sagement discutée, et la préférence qu'il donne à ceux de Maunoir et de Lusardi nous paraît fondée sur des faits pratiques assez nombreux et assez concluants.

M. Carron a jugé comme nous la classification confuse et bizarre des amauroses de M. Sichel (voir l'examen qui a été fait de l'ouvrage de M. Sichel, dans un des précédents numéros de la *Revue*); il a préféré celle de Beer. Elle nous paraît encore assez défectueuse. Il nous semble que la meilleure de toutes les classifications est celle qui est fondée autant que possible sur la cause productrice, soit générale, soit locale; quand il est possible d'y re-

monter, on a évidemment atteint la donnée la plus féconde en indications thérapeutiques.

M. Carron a consacré un article spécial de son ouvrage aux affections syphilitiques oculaires. Ici se trouve tout naturellement l'histoire de l'ophthalmie gonorrhéique. La méthode énergique de traitement proposée par M. Sanson, et qui consiste dans l'excision et la cautérisation de la conjonctive, paraît la plus efficace pour conjurer les funestes conséquences de cette grave et rapide maladie.

En somme, l'ouvrage de M. Carron du Villards justifie son titre. Il est plein de faits intéressants, dont un assez grand nombre appartient en propre à la pratique de l'auteur. On pourrait peut-être regarder comme des hors-d'œuvre quelques discussions physiologiques sur les usages propres du cristallin, un extrait des travaux de M. Bourjot St-Hilaire sur les dimensions du canal osseux des larmes, chez les diverses races humaines, etc., etc. Mais ce ne sont là que des taches peu importantes.

Un assez grand nombre de gravures soit intercallées dans le texte, soit tracées sur des planches à la fin de chaque volume, rendent plus palpables certaines descriptions d'opérations ou d'instruments qu'on concevrait difficilement sans leur secours. C'est donc ici une chose utile et non un luxe déplacé. Nous ne pouvons qu'engager M. Carron à persévérer dans le genre de travaux auxquels il se livre par goût et par zèle pour la science, et nous espérons voir s'accomplir à son tour pour lui l'horoscope que Scarpa adressait à ses élèves : « Tout ou tard, par une voie ou par » une autre, la récompense vous arrivera comme fruit des » travaux entrepris dans le seul intérêt de la science. »

CORBY.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Action thérapeutique de la noix vomique.—Kermès minéral comme agent vomitif ou purgatif.— Histoire de la vaccine en Angleterre pour servir à l'histoire de la revaccination. — Vertus thérapeutiques du camphre et nouvelle manière de l'employer. — Traitement de l'esquinancie. — Ergot du seigle employé contre certaines rétentions d'urines. — Traitement des rhumatismes articulaires chroniques par les bains prolongés.— Emploi de la strychnine et de la noix vomique dans le traitement de l'amaurose.

Gazette médicale (Novembre 1838).

I. — *Nouvelles recherches sur l'action thérapeutique de la noix vomique, et de ses préparations dans les affections paralytiques;* par M. Petrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — La noix vomique, et surtout la strychnine, sont des substances dont l'action toxique est si voisine de l'action médicatrice, que bien des médecins reculent devant leur administration. Il est vrai aussi de dire que la science ne possède pas encore des indications bien précises et rigoureuses de leur emploi. En parcourant les travaux et les observations isolées qui ont été publiées sur ce sujet, depuis que M. Fouquier, d'après la connaissance des effets physiologiques de la noix vomique, fut conduit le premier à l'administrer contre l'hémiplégie, on trouve qu'un grand nombre de médecins se sont livrés à des recherches et des expériences multipliées sur ce point, et qu'ils ont donné les préparations de noix vomique dans une foule de maladies, et notamment dans toutes les

espèces de paralysies, quelles qu'en fussent l'intensité, la nature et la cause. À côté de succès incontestables qu'il faut attribuer à ce médicament héroïque, il y a eu bien des résultats négatifs, et même des revers et des accidents dépendants de sa mauvaise administration ; ce qui explique naturellement encore le discrédit dans lequel il est tombé auprès de certains praticiens.

M. Pétrequin est plein de confiance dans les propriétés médicales de la noix vomique; et, bien que ce médicament ne réussisse pas toujours, ce qu'il a de commun avec tous les autres, il croit qu'on peut en retirer des avantages et des résultats inespérés contre des maladies réputées incurables ; et c'est dans le but d'éclairer ce point de doctrine et de pratique qu'il a publié ses recherches cliniques, qui, n'offrant rien de neuf, ne laissent pas néanmoins que d'être utiles en confirmant et développant les résultats de l'expérience.

Ce praticien a employé successivement ou simultanément la méthode interne et externe. À l'*intérieur* il a surtout donné l'extrait alcoolique sous forme pilulaire, en débutant habituellement par un huitième de grain par jour, et en augmentant progressivement la dose jusqu'à un, deux grains et plus, plus ou moins vite, suivant la susceptibilité du sujet. Il a pour règle de donner des doses assez fractionnées pour ne pas provoquer des effets trop violents, et assez souvent répétées pour tenir le malade sous l'influence continuelle du remède. À côté de ces sages préceptes, il n'est pas hors de propos de rappeler, d'après M. Trousseau, que la noix vomique est une substance à laquelle l'organisme ne s'habitue pas, et dont l'action ne s'épuise que lentement ; et que l'excitabilité du malade va en augmentant à mesure que ce médicament est donné plus souvent; de sorte que le médecin praticien doit s'arrêter

et même diminuer la dose aussitôt qu'il est parvenu à obtenir les effets médicamenteux désirés. A l'*extérieur* M. Pétrequin a beaucoup employé la strychnine par la *méthode* endermique, en débutant par un quart ou un tiers de grain mêlé avec deux ou trois grains de poudre de noix vomique. On peut augmenter la dose à mesure. Il a trouvé un adjuvant fort utile dans la teinture de noix vomique, avec laquelle il fait faire des frictions sur les parties qu'il veut réveiller, en produisant sur elles un effet, *soit direct*, soit sympathique.

M. Pétrequin a ensuite consigné dans son mémoire dix-neuf observations relatives à différentes espèces de paralysies, qui ont fait l'objet de ses recherches cliniques, et qu'il a groupées méthodiquement en les rattachant à trois chefs principaux.

1° *Paralysies simultanées du mouvement et du sentiment.* Ici se trouvent trois cas d'*hémiplégies apoplectiques*. La seule observation qui soit détaillée ne me paraît pas être un cas d'hémorrhagie cérébrale fort intense; et l'on peut se demander si la guérison ne serait point survenue sans la noix vomique. Au reste, il est généralement reconnu que, dans les paralysies, la forme hémiplégique est celle qui est le moins heureusement modifiée par le médicament dont nous parlons. Il ne faudrait dans tous les cas tenter ce traitement que lorsque tous les accidents primitifs et inflammatoires seront dissipés, que la paralysie sera déjà ancienne, et que les malades ne seront point prédisposés à des congestions cérébrales. On pourra alors espérer de réussir dans certains cas, où, comme par une sorte d'habitude, la paralysie semble encore résister après la résorption de l'épanchement. Puis viennent deux observations de *paralysies partielles ou locales*, ayant leur siége, l'une aux quatrième et cinquième doigts de la main d'une jeune

fille qui avait été mordue par un animal, et l'autre aux deux membres supérieurs d'une enfant de treize ans, affectée de tumeur blanche commençante des vertèbres cervicales. Dans les deux cas les frictions avec la teinture de noix vomique ont rapidement produit la guérison. Enfin M. Pétrequin a rattaché à ce premier groupe quatre observations de *paraplégies*, dont les deux plus intéressantes dépendaient, l'une d'une gibbosité, et l'autre d'une fracture traumatique de la colonne vertébrale. Presque tous les observateurs s'accordent sur l'efficacité de la noix vomique dans les paralysies qui sont sous la dépendance d'une maladie de la moelle. C'est en effet sur cette partie des centres nerveux et de ses dépendances qu'elle agit principalement. Mais il faut bien avoir soin de ne l'administrer que lorsque les symptômes primitifs d'une commotion ou d'une inflammation de la moelle sont passés, et qu'il ne reste que la paralysie. Quant au mal de Pott, il faut attendre que la carie osseuse soit guérie, et que l'affaissement des vertèbres soit complétement effectué; l'impotence des membres n'est pas nécessairement sous la dépendance immédiate de la courbure du rachis, et, quand elles coïncident, la gibbosité restant la même, la paralysie peut disparaître quelquefois.

2° *Paralysies isolées de la motilité.* Les mouvements des divers organes ne sont pas tous sous l'empire de la volonté. De là deux espèces de paralysies, que M. Pétrequin a étudiées à part. Après avoir cité quelques observations de paralysie générale ou partielle des mouvements du corps, d'un membre et même de quelques muscles, il discute les heureux résultats qu'il a obtenus de l'administration de la noix vomique contre la paralysie de l'iris dans certaines amauroses, et enfin contre la paralysie de la vessie et du rectum. On pourrait aussi en étendre l'emploi avec avan-

tage au traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants, et même, suivant M. Trousseau, on pourrait l'employer contre l'impuissance virile.

3° *Paralysies isolées du sentiment.* Il faut distinguer encore la *sensibilité générale* répandue à divers degrés dans toute l'économie, d'avec la *sensibilité spéciale* dont jouissent certains de nos organes, tels que ceux de la vue, de l'odorat, etc. Après avoir rapporté trois cas de guérison d'anesthésie partielle de la peau, M. Pétrequin cite trois observations d'amauroses traitées avec un égal succès, et il croit, que, dans des circonstances analogues, on peut tirer un grand parti des préparations de noix vomique, pourvu qu'elles soient administrées à propos, lorsque la paralysie sera isolée de tous les éléments morbides qui peuvent la compliquer.

M. Pétrequin termine son mémoire par l'énumération des effets produits le plus généralement sur l'organisme par les préparations de noix vomique. En mettant à part les variétés résultant de la susceptibilité individuelle, il a observé que les premiers effets de la médication sont des picotements, puis des secousses comme électriques dans les membres paralysés ; elles ne sont pas continues, mais reviennent par accès ; c'est un indice heureux qui se manifeste du deuxième au quatrième jour. C'est à la fois un heureux présage pour l'issue de la maladie, et une mesure pour doser le remède. On doit se borner aux soubresauts: si on a l'imprudence de passer outre, on arrive aux contractions, aux convulsions, aux signes précurseurs du tétanos, comme le trismus. Il est remarquable que c'est précisément sur les membres paralysés que la première excitation se manifeste ; tout le reste de l'organisme y semble étranger ; mais si l'on pousse trop loin les quantités médicamenteuses, tout le système locomoteur est

ébranlé, et des accidents surviennent. C'est donc à borner les effets aux organes paralysés que le thérapeutiste devra s'attacher toutes les fois qu'il emploiera les préparations de noix vomique, qui est un excitateur si énergique des systèmes nerveux et musculaires.

II. — *Expériences cliniques sur le kermès minéral ou oxido-sulfure hydraté d'antimoine, comme agent vomitif ou purgatif*; par M. Toulmouche, médecin à Rennes, correspondant de l'Académie de médecine. — Ce mémoire est fondé sur 119 observations, qui sont le fruit des expériences auxquelles M. Toulmouche a soumis le kermès, pour en déterminer l'action thérapeutique. En analysant le tableau où il a consigné ses observations, on trouve qu'administré quarante-deux fois à la dose d'*un grain*, chez des individus affectés pour la plupart d'embarras gastrique, le kermès a produit seize fois des vomissements et dix-sept fois des évacuations alvines modérées. Ainsi, à cette dose, il agirait aussi souvent comme laxatif que comme vomitif, et son action serait peu sûre pour remplir l'une ou l'autre de ces médications. Chaque dose était prise dans une once d'eau distillée; et dans toutes ses expériences, M. Toulmouche avait soin de ne point provoquer l'action vomitive par l'eau chaude, avant qu'elle ne se fût complétement développée. Le même médicament, donné à la dose de *deux grains* à la fois à quarante-trois malades, fit vomir dix-huit fois, et provoqua un égal nombre de fois des selles liquides dont le nombre varia suivant les dispositions individuelles. Administré à *trois* et le plus souvent *quatre grains* à dix-sept malades, dont sept étaient atteints d'embarras gastrique, deux d'érysipèle, trois de bronchites sur-aiguës, et un de rhumatisme, le kermès produisit huit fois des vomissements, et onze fois des évacuations alvines liquides.

Donné à la dose de *cinq grains* à trois femmes, dont deux étaient atteintes de catarrhe suffocant, et la dernière d'embarras gastrique, il y eut trois fois de quatre à six vomissements, et le même nombre de fois de cinq à six selles. Pris à la dose de *six grains* par sept autres femmes, dont deux avaient des pneumonies, deux une bronchite, les deux autres un embarras gastrique, et la septième une phthisie pulmonaire, le kermès produisit deux fois seulement un effet vomitif, et quatre fois un effet purgatif. Donné à *huit grains* à six malades affectés de bronchites chroniques et d'embarras gastrique, il en résulta trois vomissements et quatre purgations. Pris à *douze grains* à la fois par six femmes affectées de bronchite, il ne fit vomir qu'une fois et ne purgea que deux fois. Donné à *seize grains* à une femme et à un homme atteints de bronchite, il produisit chez la première trois vomissements et aucun chez le second, mais seulement six selles. Administré à *vingt-quatre grains* en une fois à quatre femmes, dont deux étaient affectées de rhumatisme général, la troisième de catarrhe suffocant, la dernière d'embarras gastrique, le kermès ne fit faiblement vomir qu'une fois, et dans aucun cas il n'eut d'effet purgatif. Enfin, chez une femme ayant un rhumatisme chronique, le même agent thérapeutique put être administré à dose progressivement croissante, depuis *trente jusqu'à soixante-douze* grains par jour, sans qu'il en résultât aucun effet.

M. Toulmouche n'a point vu l'administration du kermès être suivie d'inflammation *gastro-intestinale*. Ses effets ont toujours été bornés à douze ou vingt-quatre heures, dans les cas même assez rares où il y eut des superpurgations. Il n'a non plus jamais observé de ralentissement dans les pulsations artérielles, comme l'ont prétendu plusieurs auteurs, pas plus que d'effet sudorique à la suite de

l'ingestion dans l'estomac du même agent thérapeutique.

D'après ces nombreuses observations cliniques, M. Toulmouche a formulé les propositions suivantes, qui forment les conclusions de son mémoire :

1° Le kermès provoque plus sûrement l'effet vomitif à deux ou trois grains qu'à quatre ou cinq.

2° Il produit un peu plus souvent un effet purgatif que vomitif.

3° Son action vomitive est incertaine, puisqu'on ne peut compter sur elle que dans un peu moins de la moitié des cas.

4° Le kermès peut être impunément donné à des doses très-élevées dans des maladies autres que le rhumatisme aigu et la pneumonie. Dans ces cas, l'action vomitive et purgative semble diminuer avec l'augmentation des quantités du sel antimonial.

F. R.

L'Expérience (Novembre 1838.)

I. — *Aperçu sur quelques points de l'histoire de la vaccine en Angleterre, pour servir à l'histoire de la revaccination*; par M. Hardy, D.-M.-P. — Recherchant les faits publiés en Angleterre, et rappelant en abrégé les plus importants, l'auteur croit pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

1° La variole attaque dans une grande proportion les sujets vaccinés : les cas de variole après la vaccine, très-rares dans les premiers temps qui suivirent la découverte de Jenner, sont devenus très-nombreux depuis une vingtaine d'années. Les sujets qui ont déjà eu la variole, naturellement ou par inoculation, sont exposés à une seconde attaque, mais dans une moindre proportion que les vaccinés.

2° En général, la variole qui suit la vaccine est moins grave que celle qui survient chez les personnes entièrement improtégées; néanmoins on a observé quelques cas absolument semblables à ceux de variole primitive, et on a signalé quelques terminaisons funestes. La variole qui survient pour la seconde fois est plus grave que celle des personnes vaccinées.

3° La majorité des cas bien caractérisés de variole après la vaccine appartient à des individus vaccinés depuis plusieurs années, de manière que la vaccine paraît n'avoir qu'un effet préservatif temporaire s'affaiblissant avec les années, sans cependant qu'on puisse dire positivement pendant combien de temps elle est une garantie suffisante.

4° Quant aux moyens qu'on a proposés pour prévenir la variole après la vaccine, ils se réduisent à deux : l'inoculation varioleuse après la vaccine, et la revaccination. Disons toutefois que ces moyens sont loin d'offrir la même sécurité : le premier, pouvant donner lieu à une variole franche et mortelle, s'il est employé sur une personne mal vaccinée ou chez laquelle l'influence de la vaccine est entièrement usée, doit être entièrement rejeté comme dangereux ; le second, présentant dans tous les cas les mêmes avantages que l'autre, loin de donner lieu à quelques craintes, doit être conseillé et propagé avec zèle, soit qu'on veuille seulement expérimenter la perfection de la vaccine, soit qu'on se propose de renouveler au bout de quelques années la vertu préservative de cette opération salutaire.

Telles sont les conclusions de cet intéressant travail qui forme un argument de plus en faveur de la revaccination.

II. — *Lettre sur les vertus thérapeutiques du camphre et sur une nouvelle manière de l'employer ;* par M. Raspail. — Déjà nous avions entretenu nos lecteurs des idées de M. Raspail

sur les maladies qui peuvent être l'œuvre des insectes et sur leur traitement (*Revue médicale*, avril 1838, pag. 98). Suivant ce chimiste distingué, le camphre jouissait au plus haut point de vertus préservatives et curatives dans ces diverses maladies. Aujourd'hui il va plus loin; ce n'est plus à une classe étroite, peu nombreuse, de la nosologie qu'il s'adresse; mais il attaque bravement, le camphre à la main, presque toutes les maladies, en *ite*, en *ie*, voir même en *a*, etc. Ne redoutez désormais *ni la toux*, *ni les rhumes*, *ni les catarrhes*, *ni la grippe*, *ni les étouffements*, *ni la pituite*, *ni la coqueluche*, *ni le croup*, *ni la phthisie pulmonaire*, pas plus que *les points de côté*, *les affections rebelles de l'estomac*, *les entérites*, *les hépatites*, *les splénites*, *les métrites*, *les rénites*, etc.; vite du camphre, et vous serez préservé, guéri ou soulagé.

Voici la manière de s'en servir : 1° Soit une tabatière à double fond, dont un compartiment renferme du camphre réduit en poudre impalpable, et dont l'autre soit destiné à contenir de petites cigarettes dont je vais donner la construction; on aura là une petite pharmacie portative pour une foule de cas qui ne sortent pas du cadre de l'hygiène ordinaire. Les cigarettes en question sont de petits tuyaux de paille ou de plumes à écrire du plus petit calibre, dans lesquels on introduit des grumeaux de camphre que l'on y contient au moyen de deux tampons de papier joseph. On fume ces cigarettes comme un cigare ordinaire; mais on les fume à froid, c'est-à-dire qu'on se contente de faire passer par leur capacité l'air qu'on aspire; en même temps, on a soin d'avaler la salive que la présence de la cigarette provoque. Quant au camphre en poudre, on le prise comme le *tabac à priser*, dont il offre tous les avantages hygiéniques sans posséder aucun de ses inconvénients. Car cette poudre n'est presque pas sternutatoire, et ne produit aucun écoulement coloré ou incolore;

en sorte qu'on peut en prescrire l'usage aux dames, aux enfants, etc., dans tous les cas où le tabac serait indiqué comme hygiénique ou moyen de distraction.

2° Le second appareil consiste dans une compresse imbibée d'alcool saturé de camphre, et dans un *surtout*, soit en caoutchouc, soit en parchemin, soit en vessie de cochon, soit en linge fortement empesé à la gomme ou à l'amidon, et dont les dimensions soient telles que l'on puisse envelopper toute la surface que doit recouvrir la compresse. Ce *surtout* est destiné à s'opposer à l'évaporation de l'alcool et du camphre, en sorte qu'on puisse être assuré que la surface souffrante se trouve constamment enveloppée d'une atmosphère de camphre : si le mal avait envahi toute la surface du corps, ce surtout pourrait être remplacé par un sac, soit en peau, soit en toile fortement empesée.

Sans rejeter tout-à-fait l'ingénieuse idée de M. Raspail, doutons encore quelque temps, et attendons le jugement de l'expérience avant de porter définitivement le nôtre.

Journal des connaissances médico-chirurgicales (Novembre 1838).

I. — *Notice sur l'esquinancie et sur son traitement*; par M. Romain Gérardin, D.-M. — Distinguant avec soin l'*esquinancie muqueuse* ou superficielle de l'esquinancie *parenchymateuse* ou profonde, l'auteur étend cette délimitation au traitement. Pour la première espèce, il comprend que les insufflations d'alun, par exemple, aient pu réussir; pour la seconde, au contraire, l'emploi de ce moyen a toujours donné plus d'inflammation, et par conséquent

plus de douleur. C'est pour cette dernière qu'il emploie surtout, et rarement sans succès, les scarifications pratiquées sur les parties enflammées. Dans les esquinancies parenchymateuses les plus intenses, le mal a cédé à deux scarifications pratiquées à douze heures ou à vingt-quatre heures l'une de l'autre. Le dégorgement s'opère instantanément; le malade éprouve un bien-être, un soulagement qu'il ne tarde pas à avouer. Les scarifications sont plus ou moins profondes, suivant le siége de l'inflammation. Si l'esquinancie est muqueuse, il scarifie légèrement toutes les régions rougies par l'inflammation, les glandes amygdales, le voile du palais, la luette. Si au contraire l'esquinancie est parenchymateuse, M. Girardin donne plus de saillie à la lame, et l'on scarifie plus profondément les glandes amygdales.

Il faut piquer le plus de surface possible tant que le sang ne masque pas l'organe malade. Et, après l'expulsion du sang, comme l'opération n'est pas douloureuse, et que le malade est satisfait de sa résignation, on achève de scarifier les parties qui ont échappé à la première tentative.

Quant au *modus faciendi* et à l'appareil instrumental, rien n'est plus simple. Une lancette dont la lame est en partie entourée d'une bandelette de linge est l'instrument qui se trouve le plus facilement sous sa main. Pour éviter l'inconvénient et la longueur des apprêts de la lancette, M. Gérardin emploie chez les jeunes sujets un scarificateur tonsillaire qui ressemble à un porte-crayon, et dont la lame, s'échappant à volonté, permet son introduction dans l'intérieur de la bouche, à l'insu du malade.

II.—*De l'ergot de seigle employé contre certaines rétentions d'urine*; par M. Allier, D.-M. P.— Il s'agit de deux faits, dont l'un est relatif à un vieillard de soixante-quinze ans,

l'autre à un malade âgé de soixante-dix ans. Chez tous deux il s'agissait d'une paralysie de vessie, consécutive à une distension forcée, et sans doute aussi à une irritation de vessie. Le seigle ergoté, administré en poudre à la dose de vingt-quatre grains jusqu'à quarante, en vingt-quatre heures, ne tarda pas à redonner aux parois musculeuses leur contractilité normale, absolument comme il les ranime dans la matrice frappée d'inertie.

Un résultat aussi heureux fut amené par le même moyen chez un autre malade, âgé de cinquante-deux ans; mais, chez ce dernier, les symptômes généraux indiquant l'action de l'ergot furent plus marqués, les secousses convulsives des muscles spécialement se déclarèrent avec une intensité telle, qu'on fut obligé de suspendre l'emploi du remède, pour y revenir bientôt à vingt grains seulement. Toutefois, ce ne fut qu'après trois semaines de ce traitement que le malade put uriner soir et matin comme par le passé sans le secours de la sonde, mais encore après de longs efforts d'expulsion. E. B.

Bulletin de thérapeutique (Octobre et Novembre 1838).

I. — *Traitement des rhumatismes articulaires chroniques par les bains prolongés.* — Ce moyen simple, et depuis longtemps employé, paraît avoir parfaitement réussi à M. Briquet, sur trois sujets gravement atteints, et que les autres médications n'avaient pu soulager de ces affections communément si opiniâtres et parfois dangereuses. Mais, pour que les bains prolongés et fréquents obtiennent un succès marqué, il importe, dit M. Briquet, que le rhumatisme articulaire chronique offre quelques caractères de l'état aigu,

qu'il y ait gonflement élastique de l'articulation, chaleur de la peau, sensibilité vive au toucher, ou par l'effet de la marche. M. Récamier, entre autres, avait déjà retiré de bons effets du même moyen thérapeutique.

II.— *Nouvelles recherches sur l'emploi de la strichnine et de la noix vomique dans le traitement de l'amaurose.*—M. Pétrequin poursuit ses expérimentations, et continue à signaler quelques succès de ce moyen thérapeutique contre une affection justement réputée rebelle.

C'est par la méthode endermique que M. Pétrequin administre le médicament : tantôt la teinture de noix vomique en frictions autour de l'orbite, d'autres fois la strychnine et la noix vomique en poudre (la première à la dose d'un quart à un tiers de grain, la seconde à la dose de deux ou trois grains) sur la peau du front ou des tempes, dénudée d'épiderme à l'aide de la pommade ammoniacale. MM. Miquel et Florent Cursin préfèrent employer une pommade ou une huile contenant le principe médicamenteux.

On ne peut que suivre avec intérêt des essais thérapeutiques qui font espérer de nouveaux secours contre la goutte sereine; mais la noix vomique et la strichnine ne paraissent réussir que lorsque l'affection est simple, qu'elle est une paralysie sans matière, comme auraient dit les anciens; une névrose sans lésion de texture. Or, le diagnostic des causes prochaines de l'amaurose n'est rien moins que facile à établir; et, d'autre part, cette déplorable affection guérit quelquefois spontanément.

A. L.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS.

De la déchirure du périnée chez la femme. — Des bons effets de l'acétate de plomb dans les cas de hernie étranglée. — État cartilagineux du col utérin : incision de cette partie. — Prolapsus de l'utérus : incision du col de cet organe.

I. — *Sur la déchirure du périnée chez la femme*; par le professeur Dieffenbach, de Berlin. — L'auteur commence son mémoire en réprouvant la pratique ordinaire d'abandonner aux seuls efforts de la nature les déchirures peu étendues du périnée. Si l'on examine le périnée après la guérison spontanée d'une déchirure d'un demi-pouce ou d'un pouce d'étendue, on s'aperçoit qu'il n'y a point eu de cicatrisation; mais le périnée a diminué de largeur, et les grandes lèvres sont tirées en arrière, de manière à agrandir l'ouverture du vagin. Dans les cas très-légers, ceci est peu important; mais, pour peu que la déchirure soit étendue, la muqueuse vaginale fait hernie à travers l'ouverture, et souvent il se produit un prolapsus de la matrice. Dans les efforts de défécation, la paroi antérieure du rectum vient saillir dans le vagin; d'autres fois c'est la paroi supérieure du vagin et la vessie qui descendent dans la cavité vaginale. Les matières fécales peuvent être retenues; mais des gaz s'échappent involontairement. Ces inconvénients sont faibles comparés à ceux qui existent quand il y a communication entre le rectum et le vagin. M. Dieffenbach recommande, même pour les plus légères déchirures, de réunir les bords de la plaie par un point de suture,

et de tâcher d'obtenir une réunion par première intention, afin d'éviter une difformité des parties. A l'appui de ces préceptes, il cite les observations suivantes :

Obs. I.—Une femme de vingt-six ans, en mettant au jour son premier enfant, éprouva une déchirure du périnée, dans l'étendue d'un pouce environ. Les bords de la plaie furent nettoyés et réunis par trois points de suture. Deux des fils furent enlevés le troisième jour, et l'autre le quatrième. La réunion était complète.

Obs. II.— Une femme de trente ans éprouva une déchirure du périnée d'environ un pouce et demi, dans son troisième accouchement. Dix heures après l'accident, on plaça des points de suture, que l'on enleva le quatrième et le cinquième jour. La plaie était parfaitement réunie.

L'auteur rapporte encore deux observations semblables, que nous passons.

Obs. V.—Une femme de trente ans, d'une vie fort régulière, présentait un commencement de prolapsus de l'utérus. Les organes génitaux étaient fort relâchés et très-larges, le périnée extrêmement étroit. On ne put savoir si cet état tenait à une simple dilatation ou à une déchirure des parties. Le bord postérieur des grandes lèvres fut avivé, puis rapproché et maintenu par huit points de suture. Deux autres points de suture furent employés pour unir la membrane muqueuse du vagin. L'opération réussit complétement. Le périnée acquit une largeur considérable, et le vagin devint assez étroit pour qu'elle pût reprendre son ancien métier.

Obs. VI.—Une femme de vingt-six ans, forte et robuste, éprouva, à son premier accouchement, une déchirure du périnée, d'une partie du vagin et du rectum, dans l'étendue de plusieurs pouces. Six ou huit heures après l'accident, une suture fut placée au niveau de la déchirure du

vagin, qui fut réunie dans toute son étendue. On agit de même pour le rectum. De forts points de suture furent employés pour le périnée, et la malade soumise à un régime antiphlogistique assez sévère. L'obésité de cette femme fut un grand obstacle au succès de l'opération. Elle procura l'occlusion de la plaie de la cloison recto-vaginale; les matières fécales purent être gardées. Mais la réunion échoua dans la plus grande partie de l'étendue du périnée.

Quatre autres observations sont rapportées : dans deux d'entre elles la déchirure était récente ; dans les deux autres elle existait depuis plusieurs années. Dans les deux premiers cas, l'opération eut un succès complet; elle n'eut qu'un succès incomplet pour les deux derniers.

Le traitement employé était antiphlogistique. Pendant les huit ou dix premiers jours après l'opération, on procurait de la constipation au moyen de l'opium. Plus tard on introduisait dans le rectum une sonde élastique, qui servait à injecter de l'eau de savon ; les matières étaient ainsi délayées, et passaient sans léser la cicatrice. La sonde était mise en usage quatre fois par jour pour vider la vessie.

(*Medizinische Zeitung.*)

II. — *Des bons effets de l'acétate de plomb dans les cas de hernie étranglée;* par le docteur HUXTHAUSEN. — OBS. I. — Une femme de soixante-seize ans, affaiblie par un catarrhe chronique, et portant une hernie inguinale non réduite, fut subitement prise, à onze heures du soir, le 7 mai 1837, de douleurs très-vives dans le ventre, accompagnées de vomissements. Son médecin la vit le lendemain, à neuf heures du matin, et reconnut que ces symptômes étaient dus à l'étranglement de la hernie. Elle avait le volume d'un œuf de poule, était dure et très-douloureuse à la pression. Les efforts de réduction étant restés sans succès, on

administra un lavement de huit onces de solution d'acétate de plomb (un gros d'acétate de plomb pour six onces d'eau), et une cuillerée d'huile de ricin par la bouche; de la glace fut appliquée sur la tumeur. A midi la réduction se fit spontanément.

Obs. II.—Une femme de trente-deux ans, très-robuste, affectée de hernie crurale, était sujette à des attaques d'hystérie. Le 13 et le 14 septembre 1837, elle eut deux violentes attaques, par suite desquelles la hernie s'étrangla. La tumeur avait le volume d'un œuf d'oie; elle était tendue et douloureuse. Tous les efforts de réduction échouèrent. On administra un lavement de huit onces de solution d'acétate de plomb; on mit de la glace sur la tumeur, et l'on fit prendre toutes les heures une poudre composée d'acétate de morphine un sixième de grain, nitrate de bismuth trois grains, sucre douze grains, et huile de camomille une goutte. Au bout d'une demi-heure, on supprima la glace parce qu'elle semblait augmenter la douleur. A compter de ce moment, les symptômes s'amendèrent; les vomissements cessèrent, la tumeur diminua de volume graduellement, et au bout de cinq heures la réduction était complète.

Obs. III.—Un jeune garçon de douze ans fit une chute dans la soirée du 15 octobre. Examiné le lendemain matin, il se plaignit d'une vive douleur dans l'aine droite : il y avait beaucoup de fièvre. On reconnut qu'il existait une hernie étranglée, du volume d'un œuf d'oie, dure et très-douloureuse. La réduction fut tentée, mais elle échoua. Douze sangsues furent appliquées sur la tumeur : on donna à l'intérieur une cuillerée à bouche d'huile de ricin, et un lavement de six onces de solution d'acétate de plomb. A onze heures, ces moyens n'ayant amené aucune amélioration, un second lavement d'extrait de saturne fut adminis-

tré. Dès ce moment, l'amélioration fut rapide, et à une heure la réduction se fit spontanément.

(*Medizinische Zeitung.* 1838.)

III. *Etat cartilagineux du col utérin*; incision de cette partie pour faciliter l'accouchement; par le docteur Burdach, de Finsterwalde. — Une femme de 28 ans, enceinte pour la première fois, ressentit les premières douleurs de l'accouchement le 24 juin. Les membranes se rompirent dans la journée. La sage-femme ne put atteindre le col de l'utérus, et, bien que les douleurs continuassent, l'accouchement n'avait fait aucun progrès le 26. On administra du borax par doses de six grains, dans le but d'augmenter les contractions utérines; mais, bien que le médicament agît, il n'en résulta rien quant aux progrès du travail. Le 27, le docteur Burdach fut appelé. Il trouva la lèvre antérieure du col dure et calleuse. Il prescrivit des fumigations émollientes et des applications de pommade opiacée. Ces moyens furent continués jusqu'au lendemain matin, mais tout était resté dans la même position. Une incision d'un pouce et demi fut faite à la lèvre antérieure; il ne s'écoula que fort peu de sang. On donna plusieurs prises de 8 grains de borax avec 1 grain de musc pour activer les douleurs. Mais le travail ne marchant que lentement, le forceps fut appliqué, et l'on retira un enfant mort. L'incision du col utérin ne fut point déchirée; la plaie se cicatrisa promptement, et l'accouchée se rétablit parfaitement.

(*Medizinische Zeitung.*)

IV. *Prolapsus de l'utérus*; incision du col de cet organe; guérison; par le docteur Gruhn, de Reppen. — Une femme de vingt-huit ans, étant au quatrième mois de sa grossesse, fit un effort à la suite duquel survint un prolapsus utérin.

La grossesse arriva sans autre accident à son terme. Lorsque le docteur la vit, le travail durait depuis trente-six heures, et les eaux étaient écoulées depuis vingt-quatre. L'utérus pendait entre les cuisses de la femme; il avait six pouces de long sur 8 pouces de large. Le vertex se présentait, et le col était dilaté comme une pièce de 2 f. Ne pouvant parvenir à obtenir une dilatation plus considérable, on fit une incision de trois pouces sur l'un des côtés du col, et l'on retira un enfant mort, mais bien développé. La sortie du placenta fut accompagnée d'une très-forte hémorrhagie, qu'on arrêta avec des injections d'eau froide. Puis on réduisit l'utérus, et tout marcha bien. La femme se rétablit, et, malgré les conseils du docteur Gruhn, refusa de s'astreindre à porter un pessaire.

(*Medizinische Zeitung.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Novembre 1838.)

Statistique de la population en France.— Cilexcisteur de M. Casenaux.— Propagation de la variole. — Du rôle des corps graisseux dans la formation du tissu cellulaire. — De la manière dont l'épiderme se comporte avec les poils et les ongles.

SÉANCES DES 5 ET 12 NOVEMBRE. — *Statistique de la population en France.* — M. Moreau de Jonès présente un résumé des tableaux officiels des mouvements de la population en France pendant les années 1835 et 1836,

Naissances.

Années.	Enfants légitimes.	Enfants naturels.	Totaux.
1835.	919.106.	74,727.	993,833.
1836.	906,318.	73,502.	979,820.

Ainsi, en 1836, il y a eu 14,13 naissances de moins que l'année précédente, dont 12,788 légitimes et 1,225 illégitimes.

Décès

1835.	816,413.
1836.	771,790.

44,713 de moins en 1836 qu'en 1835.

Mariages.

1835.	275,508.
1836.	274,143.

1,365 de moins en 1836 qu'en 1835.

Accroissement de la population par la différence entre les naissances et les décès.

Naissances,	993,833.	979,820.
Décès,	816,413.	771,700.
Accroissement,	177,420.	208,120.

Excédant de 1835 sur 1836, 30,700.

Population recensée, 1836, 33,540,910 habitants.

Population déduite, 1835, 33,332,790.

Rapport du mouvement de la population à la population annuelle.

		1835.	1836.
Naissances,	1 sur	33 sur	34.
Décès,	1	41	43.
Mariages,	1	120	121.

Il faut remonter à une distance de 13 ans pour trouver une mortalité absolue aussi faible. Depuis 1824, le nombre des décès avait toujours excédé de beaucoup 771,700.

Quant à la mortalité relative d'un décès sur 43 habitants, c'est la première fois qu'elle a eu lieu en France. La moindre de celles qu'a trouvées M. Moreau de Jonès est celle de 1833, qui fut d'un décès sur 41, 5 habitants, ou 2 sur 83

Depuis 1816, la mortalité totale a varié de 38 à 40.

Cilexcisteur de M. Casenaux. — M. Larrey fait un rapport sur une nouvelle machine à amputer de l'invention de M. Casenaux, sous le nom de cilexoisteur. Les essais faits sur le cadavre par les commissaires, en présence de l'auteur, ont fait voir que la machine était plus propre à briser qu'à trancher les os; dans le cas même où elle en ferait une section nette, cette ablation brusque aurait plus d'inconvénients pour le malade qu'elle n'offrirait d'avantages par sa célérité.

Les commissaires pensent qu'il faut louer dans l'auteur le désir qu'il a eu d'éviter des souffrances aux personnes obligées de se soumettre à l'amputation ; mais que l'intention seule est à louer, et le moyen d'une application dangereuse.

Propagation de la variole. — M. Moreau de Jonès communique à l'Académie des sciences des données statistiques extraites des rapports officiels des directeurs de l'hôpital de la variole à Londres (l'hôpital St-Pancrace).

Le nombre des individus atteints de la variole qui se sont présentés à cet établissement pour y être traités, s'est élevé, année moyenne, aux termes suivants,

Pendant les 25 années qui ont précédé la découverte de la vaccine, ce nombre était de . . . 286

De 1800 à 1824, pendant la première période de l'usage de la vaccination,	144
En 1825, de	419
De 1826 à 1828,	270
De 1837 à 1838,	740

Il résulte de ces nombres :

1° Que dans les 23 années qui ont suivi l'usage de la vaccine, le nombre des varioles a diminué de moitié;

2° Que ce nombre a triplé soudainement en 1825, époque qui coïncide, suivant M. Moreau de Jonès, avec celle de l'introduction de la varioloïde en Europe par les navires venant des Etats-Unis ;

3° Que de 1826 à 1838, le nombre moyen des varioles a été annuellement de 270, nombre presque double de celui des varioles qui avaient lieu de 1800 à 1820, sous l'influence bienfaisante des premières vaccinations ;

4° Et enfin, que de 1837 à 1838 le nombre des varioles a été quintuple de celui qui avait lieu, année moyenne, de 1800 à 1824.

Il paraît qu'il excède encore cette proportion : car les directeurs de Saint-Pancrace déclarent que cet hôpital n'ayant plus de places disponibles, il a fallu en refuser l'entrée à un certain nombre de malades.

Il est essentiel de remarquer que la mortalité causée par la variole n'a pas suivi à Londres la même proportion que la propagation de cette maladie.

Du rôle des corps graisseux dans la formation des lames du tissu cellulaire. — M. de Humboldt présente un mémoire de M. Askerson sur ce sujet.

Les expériences rapportées dans ce mémoire ont conduit l'auteur, dit M. de Humboldt, aux résultats suivants :

1° Le contact de l'albumine et des corps gras liquides provoque la formation instantanée d'une membrane.

2° Une membrane est produite par la juxta-position d'une infinité de particules que l'on peut observer en ralentissant sa formation par un procédé indiqué dans le mémoire.

3° Une goutte d'huile qui ne se trouve qu'un instant entourée d'un fluide albumineux est aussitôt enfermée par une membrane, ce qui permet de faire à volonté des cellules factices.

4° On trouve dans les ovaires des mammifères et des oiseaux de grandes cellules remplies d'huile qui ressemblent par leurs formes et leurs propriétés physiques aux cellules factices.

5° Toutes les gouttes de graisse et d'huile que l'on trouve dans les plantes et les animaux sont renfermées dans des cellules que l'on peut appeler élémentaires.

6° Les tissus de l'organisme animal se composent de cellules qui ne sont qu'une métamorphose des cellules élémentaires.

7° Les globules ou vésicules du sang sont des cellules qui contiennent de la graisse liquide ; et c'est leur fonction de transporter et de distribuer ce fluide partout où la formation des cellules doit avoir lieu.

8° L'état primitif de l'ovule des animaux est celui d'une goutte d'huile, et cet amas de globules, qui se trouve toujours dans la vésicule germinative (la couche germinative primordiale de Wagner) est le résidu de cette goutte.

9° Les cellules des végétaux sont aussi formées à l'aide d'un fluide hétérogène ; mais il reste à déterminer si ce n'est que de l'huile, si en outre d'autres fluides sont chargés de ce rôle.

SÉANCE DU 19. — *De la manière dont l'épiderme se comporte*

avec les poils et les ongles. — M. Flourens communique des recherches sur ce sujet :

On n'est pas encore d'accord, en anatomie, sur la manière dont l'épiderme se comporte, soit avec les poils, soit avec les ongles. Et d'abord, pour ce qui est des poils, Meckel a décrit depuis long-temps et avec une grande exactitude les gaînes particulières que l'épiderme, en se réfléchissant vers le derme, fournit à la base de chaque poil, de sorte que, comme il le dit lui-même, « l'épiderme a, du côté qui est tourné vers la peau, une infinité de petites racines blanches, transparentes, qui manquent entièrement dans l'épiderme qui couvre la paume de la main et la plante des pieds. »

Mais ces gaînes particulières, ces racines, pour employer l'expression de Meckel, s'arrêtent-elles à l'entrée du bulbe du poil, comme le veulent quelques autres? Telle est la première difficulté que M. Flourens s'est proposé de résoudre.

Si l'on examine un morceau d'épiderme pris sur un individu adulte, et détaché du derme par la macération, on voit toute la face interne de cet épiderme, toute la face qui correspond au derme, hérissée de prolongements, lesquels sont les gaînes même que l'épiderme fournissait aux poils. De plus, en supposant chaque poil extrait de sa gaîne, la surface externe de cet épiderme présente autant de petits trous qu'il y avait de poils.

Si l'on examine, au contraire, un morceau d'épiderme pris sur un fœtus très-jeune et également détaché du derme par la macération, on ne voit plus ni de prolongements épidermiques à la face interne, ni de trous à la face externe. Les deux faces sont parfaitement continues et lisses.

Enfin, si l'on examine un morceau d'épiderme pris sur

un fœtus un peu plus âgé, et toujours détaché du derme par la macération, on voit, à la face interne, de petits prolongements, et, à la face externe, de petites éminences dont aucune n'est percée. Ces prolongements internes, ces éminences externes et non percées, sont les gaînes que l'épiderme fournit aux poils. Toutes ces gaînes, ainsi que les poils qu'elles recouvrent, ont une direction très-oblique; et, à cet âge, elles sont toutes, comme on vient de le dire, parfaitement continues. Ce sont, en un mot, des gaînes complètes comme les gaînes d'épiderme et de corps muqueux qui recouvrent les papilles de la langue, et que M. Flourens a décrites dans un autre mémoire.

Il y a trois états successifs par lesquels passe l'épiderme, considéré dans ses rapports avec les poils

Dans un premier état, il est parfaitement lisse, continu, sans gaînes particulières; dans un second, il a des gaînes complètes, et dans un troisième, ces gaînes sont percées à leur bout externe. En d'autres termes, il y a un premier état où le poil n'a pas encore agi sur l'épiderme; un second où l'épiderme recouvre encore le poil, bien que le poil revêtu de sa gaîne dépasse déjà la surface de l'épiderme, et un troisième où le poil traverse l'épiderme et le perce. Et ces trois états montrent, par leur succession même, que l'épiderme est toujours placé sur le poil, puisque d'abord le poil n'arrive pas jusqu'à l'épiderme; puisque, ensuite, l'épiderme recouvre le poil et lui fournit une gaîne complète, et que ce n'est enfin que dans le troisième et dernier état que le poil traverse l'épiderme et le perce.

L'épiderme, en se réfléchissant sur le derme pour fournir des gaînes à la base des poils, s'arrête donc à l'entrée du bulbe et à la base du poil, et ne passe pas par-dessous la racine du poil pour tapisser l'intérieur du bulbe.

Les prolongements de la face interne de l'épiderme n'é-

tant, comme il vient d'être dit, que les gaînes des poils, ces prolongements devaient manquer à la paume des mains et à la plante des pieds, et ils y manquent effectivement, comme chacun sait. Mais la face interne de l'épiderme, considéré dans ces parties, n'appelle pas moins, quoique sous un autre rapport, l'attention de l'anatomiste.

Relativement à la manière dont l'épiderme se comporte par rapport aux ongles, les opinions sont tout aussi partagées que pour ce qui concerne les poils.

L'opinion la plus commune est que l'épiderme passe par-dessus l'ongle, et se confond avec sa face externe; d'autres veulent que l'ongle ne soit, à proprement parler, qu'une continuation de l'épiderme; quelques-uns pensent enfin que l'épiderme passe par-dessous l'ongle et en tapisse toute la face concave. Cette dernière opinion paraît avoir été celle de Bichat, et plus récemment elle a été celle de M. Lauth.

La difficulté était donc pour l'ongle à peu près la même que pour les poils; et pour la résoudre il fallait de même recourir à l'examen de ce qui se voit, non dans l'adulte où la plupart des rapports primitifs sont plus ou moins changés, mais dans le fœtus où les rapports naturels, les rapports complets subsistent encore.

Or, à considérer les rapports de structure qui nous occupent dans les fœtus, et particulièrement dans les fœtus des pachydermes, des ruminants, des rongeurs, il est aisé de voir, et de voir avec évidence, que l'épiderme passe par-dessus l'ongle.

Dans les fœtus des quadrupèdes, et particulièrement des quadrupèdes herbivores, l'épiderme, comme le montrent les pièces préparées par M. Flourens, passe par-dessus l'ongle, et, en l'enveloppant de toutes parts, il lui forme une gaîne complète. L'analogie porte à croire qu'il en est de

même dans le fœtus humain; mais cette conjecture, faute d'occasions convenables, n'a pu être encore vérifiée.

Tout le monde connaît ces feuillets longitudinaux du derme, qui, placés sous l'ongle, constituent la véritable matrice de l'ongle, et qui, très-développés dans le cheval, dans le bœuf, dans le cochon, etc., ont reçu, de la part des anatomistes vétérinaires, le nom de chair cannelée. Tout le monde sait aussi que cette chair, ou plutôt cette partie du derme qui sécrète l'ongle, n'est pas partout cannelée. A la sole, à la fourchette, au bourrelet, le tissu feuilleté est remplacé par le tissu villeux. Les filaments très-déliés, très-fins, qui composent le tissu villeux sont surtout très-développés et très-remarquables au bourrelet ou bout supérieur de l'ongle; et soit qu'on les considère au bourrelet, à la sole ou à la fourchette, ils donnent à la partie de l'ongle qui leur correspond une disposition particulière et toute différente de celle qui est propre aux parties de l'ongle qui correspondent au tissu cannelé. Ainsi, les parties de l'ongle qui correspondent au feuillet du tissu cannelé représentent ensemble de petits tuyaux, sortes de gaînes ou d'étuis sécrétés par ces filaments mêmes.

Tous ces détails de structure sont à peu près les mêmes, du moins pour le fond, dans le cheval, dans le bœuf, dans le cochon, etc., et dans tous ces animaux ils sont également connus. Mais ce qui ne paraît pas l'être encore, c'est que jusque dans l'ongle humain on retrouve, indépendamment des feuillets et du tissu cannelé que tous les anatomistes y ont décrit, un certain nombre de filaments qui répondent évidemment au tissu villeux. Dans l'homme, ces filaments sont placés, et comme cachés sous le repli du derme qui recouvre la racine de l'ongle, sous cette racine même, et l'origine des feuillets longitudinaux.

Les conclusions de ce mémoire sont que l'épiderme

passe, à tout âge, par-dessus le poil ; qu'il passe de même par-dessus l'ongle, et que jusque dans l'ongle humain se retrouvent des vestiges du tissu villeux ou filamenteux des quadrupèdes herbivores.

Le mémoire est accompagné de figures exécutées d'après les préparations faites par M. Flourens, et qui représentent les dispositions décrites par l'auteur.

La séance du 26 novembre n'a rien offert de relatif aux sciences médicales.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Novembre 1838).

Étiologie des pieds-bots. — Asphyxie par des gaz délétères. — Modification du stéthoscope. — Flexion du pied sur la jambe. — Extirpation d'un polype utérin. — Discours inédit d'Ambroise Paré. — Cause de la douleur qui semble se perpétuer dans un membre après son amputation. — Signes de la suspension chez l'homme vivant. — Examen comparatif des pilules anti-chlorotiques de Vallet et de Blaud. — Morve chez l'homme. — Varice anévrismale. — Vertus thérapeutiques du chlore.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE. — *Étiologie des pieds-bots.* M. Cruveilhier répond à l'argumentation de M. Breschet sur l'étiologie des pieds-bots dont il a été question pendant les séances de l'Académie du mois d'octobre.

L'argumentation de M. Breschet peut se résumer en deux phrases : 1° que la formation des pieds-bots congénitaux dépend d'un arrêt de développement ; 2° que la théorie des arrêts de développement est applicable à l'étiologie de tous les vices de conformation.

En supposant que cette théorie fût vraie, on conçoit qu'il resterait toujours à savoir quelle est la cause déterminante de l'arrêt de développement ; en conséquence, l'arrêt lui-même ne serait qu'un effet d'une autre cause et non la cause première de la difformité.

La théorie en question a été érigée en loi par Meckel et M. Geoffroi St-Hilaire ; elle a trouvé un puissant appui dans les belles recherches embryogéniques de M. Serres, et est devenue une véritable science, ayant ses principes et sa technologie spéciale, par les excellents travaux de M. Isidore Saint-Hilaire. Cette théorie a pour idée fondamentale que le fœtus humain et celui des mammifères présentent, à certaines époques de l'évolution organique, des formes analogues à celles des difformités congénitales. Suivant que l'évolution s'arrête à telle ou telle époque de la vie intra-utérine, il en résulte, dit-on, telle ou telle espèce de monstruosité.

Pour admettre cette théorie dans le cas qui nous occupe il faudrait prouver d'abord qu'il y a une époque dans la vie fœtale où les pieds offrent normalement une déviation analogue à celle qui constitue les pieds-bots. C'est ce que personne n'a jamais démontré, et ce que les planches même de M. Breschet ni de M. Velpeau ne font voir.

Ayant eu par ma position d'enseignement l'occasion d'examiner un très-grand nombre de fœtus à toutes les époques de la gestation, je me suis convaincu que la théorie des arrêts de développement n'est qu'une simple hypothèse, le résultat d'un abus de l'induction, une erreur *à priori*, en d'autres termes. Elle n'a nullement subi le contrôle de l'observation directe, et ne résiste point à l'épreuve du scalpel anatomique.

Je ne confonds pas, comme on le voit, l'arrêt de déve-

loppement avec l'atrophie, ainsi que l'a fait par erreur M. Breschet.

Pour prouver à M. Breschet que son argumentation n'est qu'hypothétique, je n'ai qu'à lui demander l'explication du fait suivant : Un enfant est né par les fesses : ses pieds étaient tournés en haut et acculés aux côtés de la mâchoire ; il avait les pieds et les mains bots, une luxation spontanée du genou, et manquait complètement de l'anus et du bassin. Où est-il l'arrêt de développement dans ce fait? Est-ce dans la luxation du genou? mais le développement des parties était complet ; est-ce dans l'absence du pelvis, etc.? Mais qui d'entre vous ne voit le vague d'une pareille présomption?

Les partisans de cette théorie vont jusqu'à dire que la femme n'est qu'un homme manqué ; un homme *arrêté* dans son développement! (On rit.) Et qui d'entre vous peut s'empêcher de rire quand on vient vous assurer *que le* fœtus humain offre des branchies, l'organisation du têtard, à une certaine époque de la vie intra-utérine! (*On rit.*) Je ne dis pas, cependant, que M. Breschet pousse jusque-là sa croyance organogénique! (On rit encore.) Quelque extraordinaires que ces assertions puissent paraître, je ne me refuserais pas à les admettre si elles étaient basées sur des faits; mais au lieu de faits je ne trouve que de simples hypothèses ; aussi mon antagonisme pour la doctrine en question ne doit point vous étonner.

Qu'on regarde comme un arrêt de développement l'occlusion de l'ouverture pupillaire, la persistance du *trou de* Botal, la communication chez l'adulte entre la tunique vaginale du testicule et le sac péritonéal, le manque d'oblitération de l'enveloppe séreuse du ligament rond de la matrice (ce qui donne lieu à une sorte de hernie inguinale congénitale chez la femme), l'absence de cicatrisation om-

bilicale (exomphale accidentel), cela se conçoit parfaitement; mais qu'on applique la même manière de voir à toutes les monstruosités, c'est là une généralisation aussi hypothétique qu'erronée. Prenons, par exemple, les monstruosités par excès, les monstres doubles, les membres surnuméraires, l'union par juxtà-position, les mains palmipèdes, etc. Où est-il ici l'arrêt de développement? Il y a excès, au contraire, et M. Isidore St-Hilaire a été obligé d'admettre une loi d'*excès* de développement pour rendre raison de ces faits; M. Geoffroi Saint-Hilaire a eu recours à l'intervention de quelques accidents pendant la vie du fœtus, et Meckel lui-même à la supposition des maladies du germe.

Si nous passons des monstres par excès aux monstres par défaut, nous verrons que la prétendue loi des arrêts de développement n'est pas plus positive. Prenons, par exemple, la cyclopie, et les fentes qu'on rencontre sur la ligne médiane (bec-de lièvre, extrophie vésicale, épispadias, hypospadias, exomphale, *spina bifida*). On a invoqué à ce sujet la loi organogénique de M. Serre, c'est-à-dire le développement centripède des organes. Cette loi, Messieurs, je l'ai cherchée en vain dans l'évolution des organes du fœtus humain. A quelque époque de la vie fœtale que j'aie exploré les organes, je n'ai rien trouvé d'analogue aux difformités dont il s'agit. On a dit qu'à une certaine période les viscères thoraciques et abdominaux étaient au dehors de leurs cavités, et qu'ils n'y rentraient que par les progrès du développement de l'organisme. Je n'ai absolument rien vu de pareil, malgré la multiplicité et la minutie de mes recherches, et je mets M. Breschet en demeure de me montrer la réalité des faits qu'il soutient. Si les viscères ne sont dans aucune époque de la vie fœtale en dehors des cavités qu'ils doivent occuper, les difformités en question ne peu-

vent pas s'expliquer par la théorie des arrêts de développement.

J'ai démontré que dans le *spina bifida* il y a toujours hernie de la moelle. C'est cette hernie qui écarte mécaniquement les apophyses des vertèbres, et non l'arrêt de développement. Quant au bec-de-lièvre, il n'est pas plus explicable par cette théorie ; car, je le répète, dans aucune époque de la vie fœtale, la lèvre n'est normalement bifide ni trifide; je dirai même à cette occasion que l'existence de l'os intermaxillaire est aussi hypothétique ; si cet os se rencontre quelquefois, c'est par une sorte d'aberration rare de l'organisme, comme tant d'autres anomalies.

L'exomphale congénital n'a pas lieu dans le cordon ombilical, comme le présument les partisans de la doctrine : il se forme à travers une fente abdominale, et peut s'expliquer autrement, ainsi que nous allons le voir. D'ailleurs, dans les hernies des viscères abdominaux ou thoraciques à travers le diaphragme, dans celles du cœur et des poumons à travers les parois de la poitrine, dans les encéphalocèles, etc., où est-il l'arrêt de développement ? Dans les luxations congénitales, dans les transpositions viscérales, dans les fractures intra-utérines, ainsi que Chaussier et M. Marc en ont vu des exemples, dans les absences des membres, du cerveau, de la tête, du bassin, etc., etc., où est l'arrêt de développement ? Je pourrais multiplier ces exemples, si cela était nécessaire, et nous trouverions partout que la théorie dont il s'agit n'est qu'une hypothèse, une erreur *à priori*.

J'ai combattu la théorie des arrêts de développement, parce que je l'ai crue erronée ; je ne suis pas pour cela obligé d'en donner une nouvelle. Tout ce que je sais, d'après mes propres recherches, c'est que durant la vie intra-utérine l'enfant est sujet aux mêmes maladies que la mère,

à l'inflammation, à des suppurations, à la pneumonie, et même aux affections cancéreuses? Ces maladies e vent dénaturer, détruire les organes, et donner lieu à quelques-unes des difformités dont je viens de parler.

Je reviens actuellement au pied-bot congénital, et je persiste à dire que sa formation dépend uniquement de la compression que le fœtus éprouve dans le sein de la mère, et de la position vicieuse de ses membres. Cette idée avait déjà été avancée par Hippocrate. (L'orateur lit le passage d'Hippocrate relatif à ce sujet.)

Les objections de M. Velpeau portent en grande partie sur la théorie des arrêts de développement, elles sont par conséquent conformes à ma manière de voir. Quant au reste, M. Velpeau n'a pas nié que la compression pût être une cause de pied-bot; seulement il explique autrement son mode d'action : pour lui, c'est le poids du corps du fœtus lui-même, et non la compression de la matrice, qui occasionne à la longue la déviation; pourtant, les mains présentent souvent la même déviation que les pieds, ce qui ne s'accorde guère avec son idée. M. Velpeau a en même temps invoqué la rétraction musculaire avec Duverney, les cicatrices, et enfin l'opinion de M. J. Guérin, qui rapporte la cause des pieds-bots à des maladies de l'appareil cérébro-spinal ou des nerfs. Cela peut être admis pour les pieds-bots accidentels; mais pour les pieds-bots congénitaux, la chose ne paraît point probable. Dans les pieds-bots congénitaux, c'est toujours le pied antérieur qui est atteint de difformité, et si l'enfant offre deux pieds-bots, c'est aussi le membre antérieur qui est le plus difforme, parce que c'est sur lui que portent principalement le poids du corps et la compression de la matrice. D'ailleurs, jusqu'à ce que M. Velpeau montre qu'on peut distinguer les pieds-bots produits par les différentes causes qu'il a admises, je m'en

tiendrai à la doctrine des pressions mécaniques. Je dirai enfin que j'ai contesté la nécessité, non les résultats de la section du tendon d'Achille dansl e traitement du pied-bot congénital. Comme la nature de cette espèce de difformité consiste dans une déviation mécanique des os du tarse et du métatarse, j'ai dû conclure que des moyens mécaniques devaient suffire pour la combattre.

L'orateur termine en répondant aux objections de MM. Blandin, Rochoux et Capuron.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

SÉANCE DU 13.— *Asphyxie par des gaz délétères.*—M. Piorry fait un rapport sur une observation de M. Fraudelon, concernant plusieurs individus qui sont tombés asphyxiés en nettoyant un égoût. On les a mis dans un bain chaud, on les a frictionnés, et ils sont promptement revenus à la vie, et guéris.

M. Piorry n'attribue pas, comme l'auteur de l'observation, la guérison au bain chaud ; au contraire, il en blâme l'usage dans cette circonstance : la seule indication, dit-il, est de corriger le vice de l'hématose.

M. Marc fait observer que l'asphyxie peut dépendre de causes différentes ; dans l'asphyxie par le froid, par exemple, nul doute que le bain chaud ne soit très-utile ; dans celle produite par les alcooliques, ce sont au contraire les affusions froides. Mais dans celles qui sont le résultat de l'absorption par les poumons de gaz impropres à la respiration, ou délétères, le remède principal est l'air pur. En conséquence, il ne faut admettre ni rejeter d'une manière absolue et générale le bain chaud dans le cas d'asphyxie. (Adopté.)

— *Modification du stéthoscope.* — M. Piorry fait un rapport sur une nouvelle modification apportée au stéthoscope par

M. Vallet. Elle consiste dans l'addition d'un thermomètre au stéthoscope ordinaire. Des expériences nombreuses ont été faites comparativement sur des malades et sur des personnes bien portantes ; sur les premiers, le thermomètre a présenté un degré de température plus élevé. A ce sujet, M. Bouillaud fait observer qu'il s'est livré à des recherches sur la température de la surface du corps dans les diverses maladies ; dans les cas de fièvre intense, le thermomètre a constamment marqué 33, 36 et 41 degrés ; à mesure que la maladie décline, la chaleur baisse constamment. Cet instrument a été généralement appliqué sur l'abdomen.

Nous ne comprenons pas l'avantage de la modification dont il s'agit, au sujet du stéthoscope ; à quoi bon la jonction du thermomètre à cet instrument plutôt qu'à tout autre ? Pourquoi ne pas se servir isolément du thermomètre, dont l'usage ne peut être que peu fréquent et exceptionnel dans la pratique ordinaire, tandis que le stéthoscope est un véritable *vade mecum* qui doit être réduit à sa plus simple expression ? Telles sont les idées que fait naître au premier aperçu la nouvelle modification dont il s'agit.

— *Pied-bot fléchi sur la jambe.* — M. Bouvier présente un pied-bot talus, qu'il a rencontré sur le cadavre d'un vieillard de soixante-sept ans. Le pied forme avec la jambe un angle de 7° ; le jambier antérieur et les deux extenseurs des orteils se tendent fortement, quand on fait effort pour abaisser la pointe du pied. La division de leurs tendons permet sur-le-champ de porter l'extension au-delà de l'angle droit, de sorte que la ténotomie eût pu réussir dans ce cas, malgré l'ancienneté de la déformation ; qui s'était manifestée à l'âge d'un an. Il serait seulement resté une grande faiblesse de contraction dans les muscles de la jambe, entièrement décolorés et en grande partie graisseux, soit dans la région antérieure, siége de la con-

tracture, soit dans la région postérieure, dont les muscles sont au contraire allongés.

On peut voir dans le mémoire de M. Duval (1) des exemples de pieds-bots semblables à celui dont il s'agit, qu'il a redressés et guéris par la section des tendons des muscles fléchisseurs.

SÉANCE DES 20 ET 27. *Extirpation d'un polype utérin*, par M. le docteur Demasière, de Bergues. — Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, qui portait une tumeur polypeuse de la grosseur de deux poings, hors du vagin, et pendant entre les cuisses. La tumeur a été extirpée par la ligature qui est tombée le sixième jour. Cette opération a eu un succès complet, et n'a pas été suivie d'hémorrhagie. Quelques symptômes de métrite qui sont survenus ont été avantageusement combattus par plusieurs applications de sangsues et une médication antiphlogistique.

— *Discours inédit d'Ambroise Paré.* — M. Richerand obtient un tour de faveur pour lire une note relative à un fait inconnu jusqu'à présent sur la vie d'Ambroise Paré. Il s'agit d'un discours en faveur du peuple que ce grand chirurgien adressa au chef de la Ligue, sur le pont St-Michel, à Paris. Ce discours, M. Richerand l'a fait imprimer, mais ne l'a pas encore publié. M. Marjolin se propose, dit-on, de faire exécuter par un grand peintre un tableau représentant ce trait de la vie d'Ambroise Paré.

— *De la sensation de la douleur qui semble se perpétuer dans un membre amputé.* — Ce phénomène, attribué jusqu'à ce jour à l'habitude, mérite toute l'attention du physiologiste. M. Castel a trouvé une nouvelle explication de ce fait dans une juste appréciation des divers degrés de sensibilité inhérente aux diverses parties de l'organisme dans l'immense

(1) En tête de ce cahier de la *Revue médicale*, page 305.

intervalle qui sépare un sens d'un nerf ordinaire. Des nerfs plus grands et des nerfs plus nombreux, tel est un des moyens dont la nature s'est servie pour former les sens. Dans l'un et l'autre cas, leur terminaison et leur épanouissement ont été le principal élément de la constitution d'un sens.

Dans une sensation, l'impression est reçue par l'extrémité des nerfs : les rameaux, les gros troncs, n'en sont que les conducteurs. Aussi les impressions arrivent au cerveau telles qu'elles ont été perçues au point de départ. Le sens du toucher est lui-même une preuve frappante de cette assertion. Le phénomène physiologique dont il s'agit ne reconnaîtpas, d'après M. Castel, d'autre cause explicative.

— *Signes de la suspension chez l'homme vivant.* — M. Alphonse Devergie, après avoir exposé que, dans l'état actuel de la science, le médecin légiste ne peut toujours pas affirmer, à l'aide de preuves matérielles déduites de la seule inspection du corps, que la suspension a certainement eu lieu pendant la vie, fait connaître à l'Académie deux signes nouveaux de suspension qu'il a découverts.

Le premier consiste dans la présence d'animalcules spermatiques dans le canal de l'urètre, constatée au moyen du microscope; le second dans l'état de congestion des parties génitales.

L'éjaculation est un phénomène presque constant dans les derniers instants de la vie des pendus. Après l'éjaculation, une partie du sperme reste dans le canal, et il devient une preuve de mort par suspension bien plus concluante que les taches de sperme de la chemise; car il est impossible d'assigner une date à ces taches. Mais M. A. Devergie fait observer que dans plusieurs cas il n'a pas trouvé d'animalcules, non-seulement dans le canal de l'urètre, mais encore dans la liqueur des vésicules séminales. A leur

place, on voit des corps ovoïdes, ressemblant à des animalcules sans queue. M. Devergie se demande si ce sont là des embryons d'animalcules, ou si, au contraire, ce seraient des animalcules imparfaits qui seraient particuliers à la liqueur séminale impropre à la fécondation de la femme. A ce sujet, il cite deux exemples de cas analogues observés par M. Turpin chez les deux frères, un médecin et un pharmacien, qui tous deux n'ont pas eu d'enfants, et chez lesquels ces animalcules imparfaits étaient doués de vie, et exécutaient les mêmes mouvements que les animalcules parfaits. Si de nouveaux faits, ajoute M. A. Devergie, venaient à l'appui de ceux que je viens de citer, non-seulement on reconnaîtrait d'une manière certaine une des causes d'impuissance chez l'homme, mais encore on arriverait peut-être à mieux préciser le rôle que joue le sperme dans la fécondation, et à trancher une des difficultés physiologiques de l'acte de la génération, à savoir si le sperme agit dans cet acte comme corps ou puissance matérielle, ou si, au contraire, l'hypothèse de l'*aura seminalis* a quelque fondement.

Quant à la congestion des parties génitales, elle se caractérise par l'état suivant : l'extrémité de la verge est tellement rouge et humectée par un mélange de sperme et de mucus, que les personnes étrangères à la médecine, et quelques médecins même, sont portés à regarder cet état comme l'indice d'une blennorrhagie préexistante à la suspension. Le corps caverneux de la verge et le tissu spongieux de l'urètre contiennent une grande quantité d'un sang noir et épais, qui s'écoule en nappe lors de leur section. Les vésicules séminales et les testicules sont environnés d'un réseau vasculaire rempli de sang, et les dartos eux-mêmes sont arborisés et d'un rouge vif dans toute leur [illegible].

Morve chez l'homme.—M. Roux entretient l'Académie de la maladie d'un voiturier du clos d'équarissage de Montfaucon, qui, s'étant piqué un doigt en ouvrant un cheval morveux et farcineux, a été atteint d'angioleucite et d'abcès au bras droit, puis d'abcès au bras et à la cuisse du côté opposé. M. Rayer désirant savoir quel serait l'effet de l'inoculation du pus provenant d'un de ces abcès, M. Leblanc l'a inoculé en présence de M. Letenneur, interne de M. Rayer et de M. Roux, à un ânon très-bien portant, par quatre piqûres faites aux lèvres avec une lancette, et quatre petites piqûres faites dans le voisinage de la vulve; l'entrée des narines a été enduite de pus avec un pinceau. L'animal est mort le neuvième jour de l'inoculation, après avoir présenté un écoulement par les narines, un engorgement ganglionnaire sous la mâchoire inférieure et de la gêne de la respiration. L'ouverture du corps a été faite par M. Leblanc et M. Letenneur, interne de M. Roux, en présence de M. Rayer et de M. Bruguière, interne de l'Hôtel-Dieu. M. Rayer met sous les yeux de l'Académie les fosses nasales de cet ânon, qui présentent une éruption pustuleuse, ayant tous les caractères de celle que l'on observe dans la première période de la morve aiguë pustuleuse du cheval; il montre, en outre, des portions de poumon du même animal, sur lesquelles on remarque des pétéchies, de petites infiltrations sanguines noires et dures, et de petits dépôts de pus.

— *Examen comparatif des pilules antichlorotiques de Vallet et de Blaud.* — M. le docteur Adorne, ex-chirurgien principal aux armées, envoie un mémoire relatif aux pilules antichlorotiques de M. Blaud, et à celles plus récentes de M. Vallet. L'auteur cherche à prouver les propositions suivantes :

1° Que les pilules de M. Vallet, qu'on a tant vantées dans

ces derniers temps, s'altèrent à la longue comme celles de M. Blaud.

2° Que la formule des pilules de M. Vallet n'appartient pas à ce pharmacien, puisqu'elle se trouve consignée dans le tome XIX, page 129 des Annales de Pharmacie, au nom de MM. Klauer, de Mulhouse, et Becker, et reproduite en février 1837 dans le même journal.

3° Que les pilules de M. Blaud peuvent se rendre inaltérables en les couvrant d'une couche de solution de gomme et de sucre. Ces pilules, modifiées par M. Adorne, seraient plus efficaces que celles de M. Vallet, et en même temps beaucoup plus économiques. Voici la formule adoptée par l'auteur :

Pr. Sulfate de fer récemment préparé d'après le procédé de Bousdorff.

Sous-carbonate de potasse pur, ou mieux de soude.

Poudre de racine de guimauve et sucre, de chaque demi-once.

Mucilage de gomme arabique sucré, *q. s.*

Pour 96 pilules qu'on recouvre d'une couche de poudre très-fine de gomme et de sucre aromatisé.

Nous avons donné cet extrait d'après le mémoire que l'auteur nous a remis; mais nous ne garantissons aucune des propositions ci-dessus.

— *Varice anévrismale.* Un membre fait un rapport sur une observation adressée par M. Rufz, d'Amérique, concernant une varice anévrismale à la joue et à la tempe.

Il s'agit d'un mulâtre âgé de vingt-huit ans, qui avait reçu dans une rixe un coup de bouteille sur ces régions. Cinq mois après, lorsqu'il s'est présenté à M. Rufz, il offrait plusieurs petites tumeurs sanguines à la joue, et une masse considérable de veines variqueuses s'étendant en

différents sens jusqu'à la tempe et au front. En approchant l'oreille des tumeurs, on sentait un bruissement pareil à celui des varices anévrismales; en comprimant la carotide, ce bruissement disparaissait. Le sujet était d'ailleurs phthisique : en conséquence, on n'a pu rien entreprendre pour la guérison de ces tumeurs.

Bien que le diagnostic laissât des doutes sur la véritable nature de la maladie de la joue, le fait a paru offrir assez d'intérêt pour en ordonner l'impression dans le Bulletin de l'Académie. (Remercîments à l'auteur.)

— *Vertus thérapeutiques du chlore.* — M. Delens lit un rapport très-favorable sur un mémoire de M. Jolly, relatif à ce sujet. L'auteur a employé le chlore dans une foule de maladies, particulièrement dans les affections des membranes muqueuses; il l'a employé en gaz, à l'état liquide et sous forme de poudre. C'est surtout dans le catarrhe chronique et dans la coqueluche que M. Jolly a obtenu d'excellents effets de l'administration du chlore. Dans la phthisie pulmonaire, il a été plutôt nuisible; mais dans les ulcérations de la matrice, dans le cancer de cet organe, et dans les diarrhées chroniques, les malades ont tiré beaucoup d'avantage de l'usage de ce médicament. Indépendamment de ces faits importants, le travail de M. Jolly renferme deux observations nouvelles du plus haut intérêt : l'une est relative à un effet physiologique du chlore chez les personnes qui en font usage à l'état liquide, c'est l'abolition du goût, c'est-à-dire que pendant plusieurs jours ces personnes ne trouvent aucun goût aux choses qu'elles mâchent. On dirait que le chlore produit sur les nerfs sensitifs de la langue le même effet que certaines affections cérébrales chez les aliénés, qui perdent totalement le goût. L'autre est toute chimique, et consiste dans une sorte de détonation que le chlorure de chaux produit lors-

qu'on le mêle avec du sucre en poudre. Ce phénomène remarquable, M. Jolly l'a observé chez un jeune homme à qui il avait ordonné du chlorure de chaux mêlé à du sucre pour en masquer la saveur ; la détonation a été accompagnée d'un dégagement de lumière. Ayant répété le mélange, le résultat a été toujours le même.

Le rapport se termine en proposant : 1º des remercîments à l'auteur ; 2º l'insertion de son travail dans les bulletins de l'Académie ; 3º de placer M. Jolly au premier rang parmi les candidats pour la prochaine élection dans la section de thérapeutique. (Adopté.)

— M. Leroy d'Etiolles continue son mémoire sur les rétrécissements de l'urètre. Nous en rendrons compte à l'occasion du rapport qui en sera fait.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Mort subite par angine de poitrine.—Influence des courbures du rachis sur l'innervation. — Croup torpide. — Luxation complète de la cinquième vertèbre cervicale, sans fracture.

M. Duparcque entretient la Société d'un malade, âgé de 55 ans, d'une forte complexion, qui, depuis une dizaine d'années, éprouvait les symptômes d'une maladie du cœur, et, de plus, des douleurs vives dans la région thoracique, douleurs qu'on présumait être de nature rhumatismale. Le jour même du mariage de son fils, au moment de monter en voiture, le malade éprouve dans la poitrine une douleur déchirante qui retentit dans les bras. A mon arrivée, dit M. Duparcque, je le trouve décoloré, conservant sa connaissance, mais respirant avec la plus grande peine. La peau est froide, le pouls insensible ; les battements du

cœur sont obscurs. Des sinapismes très-actifs sont appliqués aux extrémités inférieures. Il se manifeste presque aussitôt des mouvements convulsifs ; la face devient violette. Je m'empresse de pratiquer une saignée. A peine sort-il deux gouttes de sang de la veine largement ouverte. J'emploie inutilement les frictions stimulantes, les affusions froides ; la mort est confirmée. Quand je me retirai, à midi, le corps était encore chaud. On sait que dans les morts brusques la température augmente pendant quelques heures. Dans ces cas aussi, le sang conserve longtemps sa liquidité. C'est par cette raison que je m'explique le jet de sang que notre collègue M. Jacquemin obtint, lorsque, appelé à cinq heures, il étendit le bras du cadavre où la saignée avait été pratiquée. . . . .

J'ai eu l'oecasion, ajoute M. Duparcque, de faire, avec M. Hervez de Chégoin, l'examen anatomique du corps d'une dame morte avec les mêmes symptômes que le sujet dont je viens de vous communiquer l'observation ; nous ne trouvâmes, pour expliquer la mort, que de l'infiltration autour des canaux bronchiques. Ces deux faits appartiennent à l'histoire, encore bien obscure, de la maladie connue sous le nom d'angine de poitrine. . . . .

M. Chailly lit une note sur l'état des trous rachidiens dans les déviations de la colonne vertébrale. Sur la demande de plusieurs de ses membres, la Société vote l'impression de cette note dans le recueil de ses travaux. . . .

M. Chailly reprend la parole pour annoncer que, chez une malade soumise à son appareil orthopédique, un bras qui avait diminué de cinq lignes en a récupéré sept, et que, chez une autre, traitée de la même manière, la circonférence du bras offre quatorze lignes de plus qu'avant le commencement du traitement. M. Chailly rapporte ces succès à la cessation de la compression exercée sur les

nerfs spinaux par les parois des trous rachidiens déformés et rétrécis.

M. A. Bérard. Je rends toute la justice possible au travail de notre honorable collègue, et j'apprécie l'utilité des recherches qui lui sont propres. Cependant, je crois que c'est plutôt à la gymnastique active à laquelle il a soumis les jeunes personnes confiées à ses soins qu'au rétablissement de l'innervation, par suite du redressement du rachis, qu'il faut attribuer l'amélioration remarquable survenue chez elles. M. Bérard se livre ici à des considérations anatomiques pour appuyer son opinion qui lui paraît plus particulièrement applicable aux organes intérieurs, lesquels, comme tout le monde le sait, reçoivent principalement leurs nerfs d'un système indépendant de l'axe cérébro-spinal.

M. Chailly persiste à penser que le retour de l'énergie musculaire et de l'embonpoint doit être attribué au rétablissement de l'innervation, tout comme leur diminution reconnaît pour cause la compression des organes conducteurs de l'influx nerveux.

M. Léveillé fait un rapport sur trois ouvrages en allemand, adressés à la Société par M. Kraus, docteur en médecine et en philosophie à l'Université de Gœttingue.

L'un de ces ouvrages, publié en 1837, a pour titre : *Instruction pratique sur les recherches cadavériques en médecine légale, à l'usage des médecins, des chirurgiens et des légistes.* C'est un résumé succinct et complet de toutes les précautions que doit prendre le médecin chargé d'éclairer la conscience des juges. Il serait à désirer, dit M. le rapporteur, que cette instruction passât dans notre langue. Beaucoup de jeunes médecins n'apprendraient pas, à leurs dépens, combien ils doivent mettre d'exactitude et de circonspection dans les rapports que leur demande la justice

Le second ouvrage que M. Kraus soumet à l'examen de la Société est un *Traité du croup torpide.* Frappé du nombre et de la divergence des opinions régnantes sur les causes, les symptômes, les caractères anatomiques et les moyens de traitement du croup, l'auteur pense que le dissentiment augmente à mesure que les travaux se multiplient. M. Kraus, qui sans doute a craint de fournir un nouveau sujet de dispute dans une matière déjà si controversée, ne donne aucune définition du croup. Il se contente d'admettre quatre modifications principales de cette maladie, savoir :

1° Le croup catarrhal ou croup simple (*asthma acutum simplex*).

2° Le croup spasmodique (*asthma acutum spasmodicum*) (Millar).

3° Le croup irritable ou continu (*asthma acutum irritabile seu synochum*).

4° Le croup torpide (*asthma acutum torpidum seu paralyticum*).

Ces modifications sont évidentes pour tout le monde, seulement, il faut dire qu'elles tiennent plutôt à un état particulier de l'individu malade qu'à la maladie elle-même. Notre croup muqueux correspond au croup catarrhal de M. Kraus; le croup spasmodique est celui que nous observons chez les enfants à tempérament nerveux. Quant au croup irritable, c'est exactement notre croup inflammatoire. Vient enfin le croup torpide, qui se rapproche beaucoup de ce que nous appelons croup adynamique. Voici, au reste, la description qu'en donne M Kraus :

« Le croup torpide est précédé de symptômes catar» rhaux, comme de toux, d'enrouement, qui peuvent le de-

»vancer de deux, trois ou huit jours et même plus. La fiè-»vre, peu appréciable au début de la maladie, se montre »la nuit, pour disparaître le lendemain matin. Après plu-»sieurs jours, elle cesse entièrement, ainsi que les autres »symptômes, et les malades se livrent à leurs amusements »habituels. Ils toussent très-peu, quelquefois pas du tout, »dans l'espace de deux ou trois heures. Le pouls est plus »petit et plus fréquent que dans l'état de santé. La chaleur »du corps est peu augmentée; elle est souvent inégalement »répartie. Les parties du corps qui sont découvertes sont »fraîches, tandis que celles qui sont couvertes sont mouil-»lées de sueur. Le malade est indifférent sur son état. Ce-»pendant, la nuit est bientôt fort agitée; et cette agitation »est remplacée, le jour, par de l'assoupissement. Les »moyens thérapeutiques les plus irritants laissent le ma-»lade insensible. Tous les symptômes, en un mot, accu-»sent une grande torpeur et une grande diminution de la »sensibilité. »

M. Kraus, dans un chapitre particulier, combat l'opinion de *Wichmann*, qui regarde l'asthme de Millar comme une maladie différente du croup. Il fait remarquer que ces prétendues différences ne reposent que sur l'intensité plus ou moins grande des symptômes. Il signale, en passant, un fait curieux : c'est que les médecins observaient beaucoup plus fréquemment l'asthme de Millar dans le temps où l'inflammation ne formait pas le caractère essentiel du croup. Il est devenu extrêmement rare depuis que règne la théorie de l'inflammation. Est-ce la maladie qui a changé?

Nous passons sous silence, continue M. Léveillé, les chapitres, d'ailleurs bien pensés et bien écrits, qui traitent du diagnostic et des diverses périodes du croup.

Les causes du croup peuvent être considérées comme inconnues; cependant, on pense que les vicissitudes atmo-

sphériques, un temps froid et humide, principalement l'hiver et l'automne, en favorisent le développement. Ce qui est plus positif, c'est qu'on l'observe surtout chez les enfants âgés de 2 à 7 ans. Pendant long-temps Washington, l'illustre défenseur de la liberté américaine, a été le seul adulte chez lequel le croup eût été observé. Depuis, on a recueilli un certain nombre de faits analogues. Abordant la question des causes éloignées du croup, M. Kraus émet une opinion qui, certes, ne sera pas admise sans contestation. Le croup, dit-il, est une maladie nouvelle, n'en déplaise aux partisans de l'inflammation. Depuis le peu de temps qu'on observe le croup, on a introduit sur nos tables deux nouveaux genres d'aliments, les pommes de terre et le café. Ce dernier est fortement soupçonné par M. Kraus d'être la véritable cause du mal; voici ses motifs :

1° Tous mes malades affectés du croup, dit-il, ont fait usage du café depuis leur plus tendre jeunesse;

2° Tous leurs parents faisaient usage du café;

3° Quoique le croup soit rare chez les adultes, le café doit y prédisposer. Le seul adulte affecté de cette maladie, auquel j'ai donné mes soins, était un grand consommateur de café; il en prenait trois ou quatre fois par jour, et quelquefois même, à ses repas, il ne prenait que du café.

4° Dans les ports de mer, le croup est plus fréquent, probablement parce que le café y est à meilleur marché, et, qu'à cause de cela, on en boit une plus grande quantité.

5° Depuis quinze ou vingt ans, le croup est devenu plus fréquent, parce que depuis ce temps l'usage du café s'est plus répandu dans le peuple.

6° Enfin, le café augmente la plasticité du sang, et cette

plasticité existe à un haut degré chez les individus affectés du croup.

D'après tous ces faits, M. Kraus croit fermement que le café est la cause du croup, et il le croira tant qu'on ne lui aura pas montré un malade affecté du croup, qui n'aura jamais pris de café et dont les parents n'auront jamais pris de café.

Le croup torpide est le plus dangereux. Avant d'avoir découvert sa nouvelle méthode de traitement, M. Kraus ne sauvait pas un malade sur neuf; depuis, il n'en a perdu que deux sur sept.

Voici les principaux conseils que donne M. Kraus pour le traitement des différentes espèces de croup.

Dans le croup catarrhal, les moyens les plus simples suffisent ordinairement. Tout au plus faut-il avoir recours à un émetique, à une solution de sel ammoniac, à quelques doses de kermès ou de calomélas.

Le croup spasmodique, ou asthme de Millar, exige l'emploi du musc, du kermès minéral, du calomélas, et plus particulièrement des lavements avec l'assa-fœtida.

Dans le croup irritable (inflammatoire), M. Kraus recommande les saignées, les révulsifs, les vomitifs, qui suffisent pour guérir un grand nombre de malades; mais un remède bien plus précieux à ses yeux, c'est le mercure. Depuis qu'il administre le calomélas, à la dose de 18 à 36 grains en vingt-quatre heures, chez des enfants de deux à huit ans, il ne perd plus de malade. Les effets du mercure dépendent de son mode d'action sur la matière organique, ainsi que de la fièvre mercurielle qu'il excite, et non de l'irritation qu'il porte sur le canal intestinal. L'auteur n'accorde pas aux frictions mercurielles le même avantage qu'au calomélas, attendu que l'absorption du mercure n'opère ni assez vite, ni assez énergiquement.

Pour le traitement du croup torpide, il faut employer particulièrement les moyens qui ont une action puissante sur la masse organique et sur les forces vitales. Le mercure est encore ici le meilleur remède, mais il ne faut pas le donner à hautes doses, comme dans le croup irritable; donné à petites doses, il entretiendra plus long-temps la fièvre mercurielle. On doit aussi le mélanger avec de l'opium, pour prévenir ses effets irritants sur l'intestin. On soutient son action à l'aide du polygala, de la scille, du soufre doré, du hermès minéral, et particulièrement du camphre et des vésicatoires. M. Kraus pense que l'on peut essayer à l'intérieur l'emploi de la teinture de cantharides. Il préfère, toutefois, l'employer en frictions. D'une part, une partie du médicament est absorbée, et, d'une autre part, on obtient une vive irritation à la peau.

Pour compléter ce que nous avions à dire du traitement du croup torpide, il nous suffira de citer un fait rapporté par l'auteur. « Je fus appelé, dit M. Kraus, auprès d'un enfant de deux ans qui était atteint du croup depuis deux jours. D'après la description que le père me fit de la maladie, je reconnus que le croup était torpide, et je fis la prescription suivante :

℞	Kermès minéral. . .	℈ ß
	Foie de soufre. . . .	g. xv.
	Sirop de polygala . .	℥ j.
	Esprit de sel ammon. .	℈ j.
	Teinture de cantharid.	℈ ij.

Prendre toutes les demi-heures une cuillerée à thé de cette potion.

Pour plus tard :

℞	Calomélas.	g viij.
	Sucre blanc.	ʒ j.

Divisez en huit prises. Donner une prise toutes les heu-

ses. Appliquer sur le creux de l'estomac un linge imbibé de la teinture ci-contre :

℞ Teinture de cantharides. ℥ viij

La vésication fut produite promptement. Le lendemain, le père revint et m'annonça que son fils était beaucoup mieux. La première cuillerée de la potion avait déterminé trois vomissements ; la toux était devenue meilleure ; le bruit de l'inspiration se faisait beaucoup moins entendre. Les jours suivants, le mieux continua et l'enfant guérit. »

Telle est, dit M. Léveillé, l'ensemble du traité du croup de M. Kraus. Les citations que j'ai faites ne sont pas de nature à en donner une opinion bien favorable. Mais, dans cet extrait, j'ai négligé de suivre l'auteur pas à pas. J'aurai pu traduire des passages dans lesquels M. Kraus se montre excellent observateur, praticien consommé et littérateur connaissant parfaitement tout ce qui a été écrit dans les différentes langues sur le croup. J'ai préféré (et c'est peut-être le faible de tous les rapporteurs) vous présenter les opinions qui paraissent les plus neuves et qui prêtent le plus à la critique. Je ne me la suis cependant pas permise ; car il y aurait injustice de ma part à blâmer, quand je me suis privé volontairement de l'occasion de donner les éloges les plus mérités à M. Kraus.

Le troisième et dernier ouvrage dont M. Kraus a fait hommage à la Société est le plus important. C'est le Dictionnaire critique et étymologique des termes de médecine. Dans cet ouvrage, qui n'est pas susceptible d'analyse, M. Kraus s'est placé à la tête des médecins les plus versés dans la lexicologie. Il donne l'origine de tous les termes de médecine, de chirurgie, d'anatomie, de physiologie, de chimie, de botanique, etc., avec les noms des auteurs, tant anciens que modernes, qui en ont fait usage pour la pre-

mière fois, ainsi que le sens qu'ils y ont attaché. Comme un véritable et consciencieux étymologiste, il s'est entouré de toutes les lumières qui pouvaient l'éclairer : il a mis à contribution l'hébreu, le syriaque, le grec, le latin, l'arabe, le turc, le persan ; il a consulté tous les auteurs qui l'ont précédé. Si, dans quelques circonstances, l'étymologie paraît forcée, il l'accompagne d'un point de doute, et laisse à d'autres le soin d'en donner une meilleure. Il a redressé un grand nombre de mots qui n'ont pas été formés selon le génie de la langue dont ils tiraient leur origine. Enfin, il a combattu vigoureusement ces mots hybrides, que toutes les sciences repoussent, comme *cephaloductor*, *pelvimetrum*, *philogenitura*, *urinoscopia*. Il repousse également les mots *corneitis*, *conjunctivitis*, qui malheureusement se sont récemment glissés dans la science. En parcourant ce *Lexicon*, on sent combien il a coûté de recherches et de travaux, et combien il doit être utile à tous les savants qui ont besoin de connaître l'étymologie des mots dont ils se servent et qu'ils doivent n'employer que dans leur véritable acception.

Non seulement M. Kraus a donné une nouvelle édition de cet ouvrage, il a encore, depuis, publié un volume de supplément. Chaque jour il travaille à enrichir son ouvrage. Nul doute que, sous peu d'années, ce *Lexicon* ne soit le plus complet et le plus précieux que possède la science.

Les conclusions du rapport sont qu'il y a lieu d'adresser à M. Kraus les remerciements de la Société pour les communications qu'il lui a faites, et de le porter sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger.

Ces conclusions sont adoptées par la Société.

Depuis la lecture de ce rapport, la nomination de M. Kraus a été soumise au scrutin, qui lui a été favorable.

M. A. *Bérard* obtient la parole pour une communication. Dernièrement, dit le chirurgien de l'hôpital Necker, on a apporté dans mon service un scieur de long qui venait d'être victime d'un accident terrible. Au moment où il était occupé à disposer un fort morceau de bois sur deux chèvres, l'une de celles-ci manqua, et la pièce de bois pressa sur la tête de ce malheureux. Dès ce moment, la tête resta constamment penchée en avant. Lors de mon premier examen, je constatai qu'il n'y avait aucune blessure apparente. Les quatre membres étaient dans une résolution complète. Les pincements, les stimulations les plus variées étaient sans effet. La respiration était entièrement diaphragmatique. En continuant mes recherches, je trouvai une dépression à la hauteur de la cinquième vertèbre cervicale. En exerçant une pression à cette hauteur, on déterminait de la douleur; mais on ne percevait pas de crépitation. Le malade avait présenté depuis le moment de l'événement (7 heures du matin) jusqu'à midi, une érection complète du pénis; mais ce phénomène cessa à partir de midi jusqu'à la mort, qui arriva à cinq heures du soir. J'avais annoncé aux personnes qui suivent ma visite que le malade périrait par asphyxie, ou que, dans le cas peu probable où il échapperait à ce danger, il succomberait à la formation d'escharres gangréneuses qui surviennent habituellement chez les sujets qui ont subi une semblable lésion.

Je me suis, d'ailleurs, borné à prescrire une saignée et une position convenable.

Voici la pièce que j'ai recueillie : elle présente une luxation complète de la cinquième vertèbre sur la sixième avec déchirure des ligaments jaunes et des substances fibreuses de l'articulation inter-vertébrale, mais sans fracture des apophyses articulaires et des autres éléments osseux des vertèbres.

Cette observation, continue M. Bérard, m'a suggéré plusieurs réflexions.

1° Et d'abord le cervelet n'ayant présenté ni contusion, ni autre lésion appréciable, il faut bien rapporter l'érection à la lésion qu'a subie la moelle épinière. Dupuytren citait dans ses leçons plusieurs exemples analogues au fait que je viens de rapporter; mais, dans ces cas, il y avait tout à la fois lésion de la moelle épinière et contusion du cervelet. L'observation qui nous occupe prouve que c'est à tort que, dans ces circonstances, on attribuait l'érection à la contusion du cervelet.

2° Le déplacement a eu lieu ici sans fracture. Sous ce rapport, ce cas diffère de celui d'une vieille femme, qui présenta une luxation semblable, mais chez laquelle il y avait fracture des apophyses articulaires.

3° Que fallait-il faire?

Quand il y a lésion de la partie la plus élevée du rachis, et que la respiration n'est pas trop engagée, il est, je pense, de précepte de ne rien faire, et on a vu des malades échapper à ce formidable danger. Mais ici, le désordre était complet: il y avait certitude d'une terminaison fatale. Devais-je tenter la réduction? On a vu plusieurs fois des personnes étrangères à l'art faire avec succès la réduction d'une luxation, même de la partie la plus élevée de la colonne vertébrale. C'est ainsi que j'ai lu dans un journal anglais qu'une dame exerça des tractions sur la tête de son écuyer qui s'était luxé, en tombant de cheval, la première vertèbre sur la seconde, et qu'elle obtint un succès complet.

M. Nacquart a lu également ce fait, mais il regarde le précepte qu'on en pourrait déduire comme inadmissible.

M. Sandras: Je pense que les ligaments odontoïdiens et

les autres puissances ligamenteuses ou musculaires qui maintiennent les rapports de la colonne vertébrale doivent, s'ils sont épargnés, rendre la réduction de la première vertèbre sur la seconde moins dangereuse. J'ai vu un enfant atteint de cette luxation, et à qui un de ses camarades *remit la tête.*

M. Camus : C'est avec raison, je crois, que M. Bérard a élevé des doutes sur la dépendance en quelque sorte nécessaire que l'on a voulu établir entre les lésions du cervelet et certaines excitations des organes génitaux. J'ai entendu M. le professeur Gerdy dire dans ses leçons qu'il regardait la gêne de la respiration comme une cause bien plus active de l'érection que la congestion du cervelet. J'ajouterai que plusieurs physiologistes regardent la salacité que l'on remarque chez les phthisiques comme étant due à la même cause.

M. Nacquart appuie ce que vient de dire M. Camus, et fait remarquer combien il serait peu philosophique, à l'époque où nous sommes, de regarder la lésion du cervelet comme la cause unique de l'érection. Ne sait-on pas, en effet, combien ce phénomène est fréquent dans l'asphyxie par strangulation. Certes, alors, la gêne extrême de la respiration, et, bientôt après, sa cessation, sont chose bien plus positive que la lésion du cervelet.

VARIÉTÉS.

LETTRE DE M. LE DOCTEUR MARTINS SUR LE VOYAGE AUX TERRES ARCTIQUES (1).

A M. le Directeur de la Revue médicale.

Monsieur et très-honoré confrère,

La médecine, vous l'avez dit souvent, n'est pas uniquement l'histoire des maladies et de leur traitement; le médecin trouve encore à s'instruire en étudiant l'influence des milieux sur l'organisation animale. C'est cette persuasion qui m'enhardit à vous communiquer quelques observations éparses, sans doute, et sans liaison, mais telles que je les ai faites pendant mon voyage dans le Nord. Je les soumets avec confiance aux lecteurs de la *Revue*, parce que je sais que, pour eux, l'étude de l'homme vivant passe toujours avant celle du cadavre.

Partis du Hâvre le 13 juin, sur la corvette *la Recherche*, nous arrivâmes le 27 à Trondjem, capitale de la Norwége septentrionale. C'est une jolie ville, aux rues larges, aux maisons en bois d'une exquise propreté. Il n'y a point de luxe chez les habitants, mais une aisance générale qui fait du bien à l'âme. Leur accueil fut simple et cordial : ils s'effor-

(1) Nous sommes assurés d'être agréables à nos lecteurs en leur communiquant cette lettre, écrite sous l'inspiration des souvenirs tout récents d'une contrée presque inaccessible et fort peu connue jusqu'ici, par un voyageur, médecin et naturaliste, qui a déjà fait preuve d'un remarquable talent d'observation. (N. R.)

çaient non de nous éblouir, mais de nous être utiles. Une de mes premières visites fut à l'hôpital, dont le médecin, M. Schmidt, s'exprimait fort bien en allemand. Il avait dans ses salles plusieurs cas de lèpre norwégienne ou radesyge, dont nous recueillîmes ensemble les observations. Cette maladie n'est autre que l'éléphantiasis des Grecs, avec séparation graduelle et spontanée des extrémités : quelques malades avaient perdu des doigts des pieds ou des mains ; d'autres, une main ou un pied, et enfin, chez une femme, la jambe s'était séparée de la cuisse. Des tubercules violacés se montrent d'abord autour de l'articulation : ils sont suivis d'ulcérations qui détruisent peu à peu tous les tissus, et amènent une solution de continuité sans hémorrhagie et sans suppuration. Les muqueuses sont le siége d'ulcérations semblables. Ces malheureux souffrent peu et meurent de marasme. A l'autopsie, on trouve constamment des tubercules dans les poumons. Je ne conçois pas comment certains auteurs ont pu trouver de l'analogie entre la radesyge et la syphilis. D'abord, celle-ci est presque inconnue en Norwége, tandis que la radesyge n'est que trop fréquente dans la classe pauvre; et le mercure, si puissant contre la maladie vénérienne, n'amène pas ici la plus légère amélioration. C'est en vain qu'il a été administré sous toutes les formes, et l'art est forcé de s'avouer impuissant en face d'un mal qu'il ne peut arrêter. Je me suis enquis des causes de cette terrible maladie. Ce sont, au dire des médecins du littoral de la Norwége, la misère et l'usage du poisson, que les pauvres enfouissent à dessein dans la terre, où ils le laissent pourrir avant de le manger. Ceci demande quelques mots d'explication. On se lasse de la chair de poisson à un point dont rien ne saurait donner l'idée, quand on ne l'a pas éprouvé soi-même. On en vient à préférer du pain ou même du biscuit à la morue fraîche ou au meilleur

saumon. Les pauvres norwégiens n'ont ni pain ni biscuit, et pour donner du goût au poisson, dont la fadeur révolte leurs estomacs fatigués, ils le laissent pourrir dans la terre. De là, un grand nombre de maladies, et entre autres la radesyge. A l'appui de cette opinion, qui est aussi la sienne, le médecin de Tromsoe, M. Finch, me citait un fait remarquable : la lèpre était inconnue dans une partie de son district; une baleine fut jetée sur le rivage par une tempête ; les malheureux habitants en firent leur nourriture pendant plusieurs mois ; peu de temps après, il y eut parmi eux des cas de radesyge.

A Trondhiem, je quittai la corvette et pris un bateau à vapeur qui faisait son second voyage jusqu'à Hammerfest, la ville la plus septentrionale de l'Europe. Déjà à Trondhiem, il n'y avait plus de nuit, mais seulement un soir où l'on voyait l'aurore à côté du couchant. Trois jours après, nous vîmes les vitres de la petite ville de Tromsoe scintiller aux rayons du soleil de minuit. Alors, nous commençâmes à éprouver le supplice de ce jour continuel; rien, au milieu de cette clarté fatigante, ne vous invite au sommeil, rien ne règle les occupations de la journée; à la fin, cependant, on éprouve le besoin du repos : on regarde sa montre, il est minuit ou une heure du matin; on se couche, on voudrait dormir. Vain espoir ! on ne trouve qu'un sommeil agité, entremêlé de rêves ; et dès le matin, les yeux s'ouvrent avant que le corps n'ait réparé ses forces. Cette privation de sommeil est compensée par un appétit extraordinaire et des facultés digestives qui ne le sont pas moins. On pourrait croire que les habitants du pays sont à l'abri de ces influences, toute-puissantes sur des hommes accoutumés à des climats bien équilibrés : il n'en est point ainsi ; il suffit d'observer un peu pour en acquérir la certitude. A minuit, les rues sont encore ani-

mées, les habitants, debout devant leurs portes, attendent le sommeil qui ne vient pas, et vont se coucher par désespoir ou par raison. Ils remplacent aussi le sommeil par la quantité des aliments; mais leur constitution en souffre; en général, les femmes et les enfants sont surtout d'une santé délicate.

Si le jour continuel est un supplice, la longue nuit de l'hiver en est un autre et du même genre. Il semblerait que pendant ces nuits sans jour on devrait pouvoir réparer les veilles forcées de l'été. Il n'en est point ainsi : il est aussi difficile de dormir en hiver qu'en été. En vain les habitants cherchent à tromper les heures dans leurs réunions, qui se prolongent souvent jusqu'au matin : le sommeil les fuit comme en été ; alors la plupart deviennent hypochondriaques; d'autres sont pris de palpitations ; les petits enfants s'étiolent, languissent et meurent, si on ne les envoie vers le sud; le sud, pour eux, c'est Trondhiem, qui est sous la latitude de l'Islande. Quant à Christiania, qui est sous celle de St-Pétersbourg, ils en parlent comme nous de l'Italie. Cela paraît bizarre : on oublie que tout est relatif dans ce monde; et comment en douter, cependant, quand ceux de nos compagnons qui nous rejoignirent à Trondhiem, après avoir passé par Christiania, partageaient l'impression des habitants du pays. En revenant du Spitzberg, j'admirais à Hammersfest un petit bois de bouleaux de douze pieds de haut, comme j'aurais admiré les grands hêtres de la forêt de Rambouillet.

La corvette vint nous rejoindre à Hammersfest, la dernière ville de l'Europe, et nous partîmes pour le Spitzberg. Je ne vous décrirai pas notre arrivée à cette terre de neige et de glace. Je laisse ce soin à une plume plus exercée que la mienne, celle de Marmier, et au pinceau fidèle de Mayer. Nous étions mouillés en face d'un glacier gigantesque;

l'eau et la terre étaient également chargées de glaces et de neiges, qui ne fondent que dans les localités les plus favorablement exposées, et qui descendent partout jusqu'au bord de la mer. Le ciel était d'une sérénité comparable à celle du midi de la France, ou obscurci de brumes épaisses. Le thermomètre oscillait entre 0° et + 4° C.; et cependant nous étions tous couverts de lourds vêtements et de fourrures pour nous préserver du froid, et tous, officiers et matelots, en étaient plus ou moins incommodés. Si la sollicitude du gouvernement ne nous avait munis de vêtements de laine appropriés à ces climats, nous eussions cruellement souffert. Grâce à cette prévoyance et aux mesures d'hygiène que le capitaine, M. Fabvre, son lieutenant, et le chirurgien du bord, M. Delioux, avaient pris d'un commun accord, il n'y eut pas un malade : à peine quelques bronchites guéries en quelques jours. Mais comment expliquer ces sensations de froid si pénibles avec un degré thermométrique supérieur à celui que nous supportons sans peine à Paris? D'où vient cette différence incontestable dont je fais l'expérience tous les jours? Y aurait-il un froid physiologique et un froid thermométrique? Je le croirais jusqu'à un certain point. La sensation de froid que l'on éprouve dépend d'abord beaucoup du mouvement de l'air; on résiste aux plus grands froids quand l'air est calme; avec le vent, le moindre abaissement de température devient sensible. Au Spitzberg, l'air n'était presque jamais calme, et cet air agité passait, avant d'arriver à nous, sur des neiges, des glaces, une mer froide, une terre gelée. N'oublions pas une autre circonstance. En France, l'air est quelquefois à 10 degrés au-dessous de 0; mais le sol, les murs, les arbres, en un mot, tous les objets environnants, ont été échauffés pendant l'été, et ne sont pas à une température aussi basse. Nous perdons

moins de chaleur dans les échanges continuels que nous faisons avec eux, que s'ils étaient à la même température que l'air. Au Spitzberg, au contraire, jamais le sol n'est dégelé au-dessous de sa surface, jamais la mer ne tiédit; le soleil éclaire, mais sa lumière est sans chaleur; aussi tous les objets agissent sur le corps comme des réfrigérents, en vertu des lois incontestables de l'équilibre mobile de la chaleur. Voilà une explication : je la soumets aux médecins qui savent la physique; mais je ne regarde pas ce problème comme complètement résolu; et en le signalant, je crois indiquer un beau sujet d'études aux physiologistes et aux voyageurs. Si nous n'avions éprouvé nous-mêmes le froid qui règne au Spitzberg, nous aurions pu nous en faire une idée en étudiant les oiseaux qui l'habitent. Comme nous, ils n'y restent que pendant l'été, et cependant de quel plumage épais et chaud leur corps est revêtu! On y trouve les eiders, qui fournissent l'édredon, le vêtement, sans contredit, le plus chaud qui existe; des goelands, des hirondelles de mer, tous couverts de plumes qui doublent leur volume. Les ours blancs, les rennes et les renards bleus, seuls habitants terrestres de ces contrées pendant l'hiver, sont garantis contre un froid de 40° au-dessous de 0 par d'épaisses fourrures, qui, chez les phoques et les morses, sont remplacées par une couche de graisse imperméable à la fois au froid et à l'humidité. J'aurais encore bien des choses à vous dire sur ce sujet : mais je m'arrête; car il faut réunir des faits si l'on veut jeter quelque jour sur la question la plus intéressante et peut-être la plus mal comprise de la physiologie animale, la calorification.

Veuillez agréer avec bonté, monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de ma haute considération.

CH. MARTINS, D.-M.,
Membre de la Commission du Nord.

15 décembre 1838.

LETTRE DE M. LE DOCTEUR RONZEL

sur le traitement de l'esquinancie par les scarifications.

Au Même.

Monsieur,

Vous avez inséré dans votre numéro d'octobre dernier, page 110, une notice de M. Girardin sur le traitement de l'esquinancie. Ce médecin pose en principe que les scarifications dans l'arrière-bouche, sur les amygdales et sur la muqueuse du pharynx, sont le moyen le plus efficace dans toutes les espèces, *pour juguler promptement la maladie*. Il ajoute que les sangsues sont plutôt nuisibles qu'utiles; qu'il en est de même des insufflations d'alun sur les parties affectées.

Cette pratique est un peu absolue : les méthodes exclusives sont souvent nuisibles à l'art; et il suffirait de citer une multitude d'auteurs anciens et modernes et de comparer leurs traitements dans les mêmes maladies pour se convaincre de cette vérité; et dans les derniers temps, la médecine physiologique, aujourd'hui réduite à sa juste valeur, en serait un exemple frappant. Dans quelles erreurs de thérapeutique n'a-t-elle pas entraîné ses nombreux sectateurs? Le plus souvent, on a pris pour cause ce qui était un pur effet de la maladie; de là, les fausses inductions, et des médications contraires, le plus souvent nuisibles.

Je ne veux certainement pas m'ériger en critique : la méthode des scarifications peut avoir, dans le plus grand nombre de cas, d'heureuses applications; j'en ai fait usage quelquefois, et je n'ai point eu à m'en plaindre. Mais il est des circonstances où il est difficile de l'employer.

Lorsque les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre comme dans le trismus ; qu'il existe des engorgements anciens et squirrheux vers leurs angles ; que la langue est elle-même considérablement gonflée, comme on le voit souvent, il serait difficile et même impossible de porter un instrument au fond de la gorge ; et lorsqu'on a à faire à une esquinancie maligne ou putride, peut-on croire qu'un traitement local soit suffisant, et ne soit jamais sujet à des conséquences fâcheuses ?

Exerçant la médecine depuis quarante-deux ans, dans un grand nombre de communes, au milieu des campagnes, dans un pays froid, et pour ainsi dire au pied des montagnes du Mont-d'Or et du Cantal, j'ai vu un très-grand nombre d'esquinancies, le plus souvent simples, et quelquefois compliquées. Dans les cas graves et chez les sujets vigoureux, j'ai débuté par la saignée du bras ; peu d'heures après, j'ai fait appliquer 12 ou 15 sangsues sous la mâchoire, et presque toujours la maladie a cédé promptement. Assez souvent j'ai fait l'ouverture des ranines, et ne me fiant pas à ce moyen seul, j'ai fait une ou deux applications de sangsues dans les 24 heures. Le succès a également répondu à mon attente.

Cette méthode est même moins effrayante pour les personnes timorées, et plus applicable aux enfants ; et parce que le médecin physiologiste a fait abus des sangsues dans ces derniers temps, faut-il exclure de la pratique un moyen puissant, toujours commode, connu de tous les praticiens, et employé par les anciens comme par les modernes ? Et comment les sangsues seraient-elles plus nuisibles qu'utiles dans le traitement de l'esquinancie ? Ne les applique-t-on pas dans presque toutes les inflammations locales sur la partie ou du moins dans le voisinage ? Appliquées sous la mâchoire, dans l'esquinancie, elles dégorgent le système ca-

pillaire externe, appellent le sang de l'intérieur à l'extérieur par une opération toute mécanique, et font une véritable saignée locale : la piqûre elle-même produit un effet révulsif qui n'est pas à dédaigner, et presque toujours les malades éprouvent un soulagement qui suit de près la chute des sangsues ; ensuite, on peut faire couler le sang plus ou moins de temps, selon le besoin, au moyen de lotions tièdes, de cataplasmes ou de fumigations émollientes dirigées sur les piqûres. Il n'en est pas de même des mouchetures ; le sang s'arrête peu de temps après l'opération, et on n'est pas toujours là pour y revenir, ou le malade n'est plus disposé à se laisser juguler une seconde, encore moins une troisième fois.

J'ai vu, dans ma pratique, un assez grand nombre d'esquinancies soumises à un état gastrique : alors la langue est fortement chargée, la respiration mauvaise, les traits du visage altérés, les urines jaunâtres. La constitution régnante et le tempérament du malade décèlent le caractère de l'affection. Dans ces cas, même les plus graves, et lorsque le gonflement des amygdales bouche pour ainsi dire le gosier, une dose de tartre stibié, assez forte pour produire le vomissement, a enlevé la maladie en peu d'heures. Ce remède devient encore efficace, le plus promptement efficace, lorsque l'amygdale a formé un abcès que l'on ne peut ouvrir avec l'instrument, soit parce que la bouche ne peut s'ouvrir suffisamment, soit parce que l'on a affaire à de jeunes personnes qui se refusent à l'opération. Dans ces cas, les secousses du vomissement opèrent la rupture de l'abcès, et le malade est guéri presque subitement.

Je pourrais faire les mêmes réflexions au sujet de la poudre d'alun soufflée dans le gosier : quoique j'aie fait peu usage de ce moyen, je sais que bien des praticiens en obtiennent de grands succès ; M. Couche, médecin à Mont-

ferrant, en fait journellement usage; il m'a assuré qu'il n'employait point d'autre remède, et que sur cent fois il réussissait quatre-vingt dix-neuf fois. Ce remède ne doit donc pas être banni du traitement de l'esquinancie, pas plus que les sangsues; cependant cette dernière médication paraît plus rationnelle, et je crois qu'on doit lui donner la préférence.

Il est bien entendu que tous ces traitements ne sauraient être complets sans le secours des moyens accessoires, tels que les boissons adoucissantes, détersives, les gargarismes, les pédiluves irritants, les rubéfiants à la nuque, etc.

Si ces réflexions vous paraissent avoir quelque mérite, vous leur accorderez une place, sans doute, dans vos colonnes.

Agréez, etc.

RONZEL, D.-M.

A St-Étienne-aux-Claux (Corrèze), le 22 décembre 1838.

Instruments en ivoire flexibles présentés à l'Académie royale de médecine, comme pouvant remplacer avec avantage les sondes, pessaires, bougies de gomme élastique, etc.; par CHARRIÈRE, fabricant d'instruments de chirurgie de la Faculté de médecine et des hôpitaux civils et militaires.

« M. le docteur L. Guterbouck m'ayant donné connaissance de l'emploi que l'on fait à Vienne (Autriche) de bougies en ivoire dont il m'a remis un échantillon, j'ai eu recours à M. Félix d'Arcet pour connaître par quel procédé on pouvait obtenir un pareil résultat, et, d'après les indications qu'il m'a données, je suis parvenu à confectionner des instruments qui m'ont paru dignes d'être signalés à l'attention de l'Académie de médecine.

» Les échantillons que j'ai l'honneur de présenter, fruit d'un premier essai, offrent déjà des avantages tels, qu'ils peuvent remplacer les meilleurs instruments en gomme élastique ou en tissus enduits d'huile desséchée, et, ce qui me paraît, dans certain cas, d'une haute importance, c'est qu'ils peuvent être fabriqués en peu de jours, tandis que la confection des sondes et bougies ordinaires demande souvent plusieurs mois.

» Sous le point de vue chirurgical, je puis déjà affirmer que, lorsque les instruments en ivoire sont secs, ils peuvent, malgré leur élasticité, recevoir et garder les courbures que l'on croit convenable de leur donner après leur introduction dans l'urètre. Ils se dilatent avec d'autant plus de force qu'ils étaient plus secs au moment de leur introduction; aussi, sans porter atteinte à leur ténacité, leur flexibilité est d'autant plus grande qu'ils sont plus humides.

» On peut, à l'aide de ce même procédé, fabriquer avec facilité tous les instruments divers dits en gomme élastique; et les recherches que j'ai entreprises à cet égard, de concert avec M. Félix d'Arcet, me font espérer que je pourrai en étendre l'usage. »

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Mémoire sur la cure radicale des pieds-bots, par H. Scoutetten, D.-M.-P. — 1 vol. in-8° de 117 pages, avec six planches. A Paris, chez J.-B. Baillière.

Ce mémoire renferme cinq observations propres à l'auteur, qui fit dans les cinq cas la section du tendon d'Achille. Il s'agissait ;

dans la première observation, d'un enfant âgé de 11 mois, porteur d'un pied-bot congénial en dedans, très-prononcé; on fit la section du tendon d'Achille, il y eut une légère hémorrhagie veineuse, qu'une légère compression en dessous de la plaie arrêta facilement; la guérison était complète le trentième jour. Cette observation présente le seul exemple connu jusqu'à présent de la section du tendon d'Achille pratiquée à un âge aussi tendre. Malgré les difficultés qu'il a rencontrées et les dangers que l'enfant a courus, l'auteur n'hésite pas à prononcer qu'il faut opérer plutôt de bonne heure que trop tard. L'aggravation de l'accident par l'âge, la gêne et quelquefois l'impossibilité de la marche, l'amaigrissement et la déformation de la jambe, enfin l'affliction des parents, sont des motifs qui doivent engager à guérir le plus promptement possible. Mais aussi, en raison des difficultés et des dangers signalés, ne serait-il pas plus avantageux et surtout plus sûr de remettre l'opération à une époque où les organes seraient mieux isolés et plus distincts? Pour satisfaire à ces deux conditions, M. Scoutteten croit qu'il est avantageux d'attendre que les enfants aient au moins l'âge de deux ans. Il suit cette règle dans sa pratique et croit avoir à s'en féliciter.

Le deuxième fait est relatif à une petite fille de deux ans et demi, qui présentait un pied-bot en dedans, avec rétraction des orteils sous la plante du pied. Le redressement exigea quinze jours, et la guérison six semaines.

Il ne fallut qu'un mois dans le troisième cas, dont un garçon âgé de dix ans fait le sujet. Le pied-bot était en-dedans, et la difformité était extrêmement prononcée.

Chez un quatrième petit malade, âgé de cinq ans, le pied-bot congénial était double; la section des deux tendons d'Achille fut pratiquée le même jour: il y eut une légère hémorrhagie veineuse qu'on arrêta avec autant de facilité et de la même manière que dans le premier cas. Le quinzième jour après l'opération, le redressement était complet, excepté au côté droit, où l'astragale fait encore une petite saillie. La guérison était terminée au bout de cinq semaines.

Dans la cinquième observation, dont une petite fille âgée de 9 ans fait le sujet, le pied-bot phalangien et accidentel fut guéri en un mois après la section du tendon d'Achille; le redressement était complet au bout de six jours.

M. Scoutteten se sert d'un instrument fort simple pour faire la section du tendon d'Achille. Cet instrument, qu'il appelle *ténotôme*, est formé d'une lame analogue à celle d'un scalpel, mais plus étroite, et à la fois pointue et convexe sur les deux bords ; elle est fixe sur le manche ; le tranchant ne commence à se courber que vers la pointe. Cette forme a pour but d'éviter l'éraillement de la peau à sa partie interne lorsqu'on opère la section du tendon d'Achille. Le bord mousse est épais et la courbure en est plus prononcée ; cette épaisseur a paru, au chirurgien de Metz, nécessaire pour agir avec sûreté sur le tendon; car il oppose chez quelques personnes une résistance assez forte à l'action de l'instrument. Le tranchant du ténotôme regarde la plus grande largeur transversale du manche de cet instrument. Cela est important pour donner aux doigts un point d'appui très-large, et assurer ainsi la solidité de l'instrument dans la main de l'opérateur.

Quand il pratique la section du tendon sur de très-jeunes enfants l'auteur les fait coucher sur le ventre et soutenir sur les genoux d'un aide intelligent. Il donne aux adultes la même position en les couchant sur un lit. Un aide maintient solidement le bas de la jambe, pendant qu'un second aide saisit le pied et le fait fléchir dans le but de tendre et de faire saillir le tendon d'Achille. Si l'opéré est très-jeune, le chirurgien doit saisir lui-même le pied, et lui imprimer le mouvement indiqué. Armant alors sa main droite du ténotôme, il applique la pointe de l'instrument contre le tendon, pendant que les doigts libres de la main gauche tendent la peau en la faisant un peu glisser en dedans. « Dans le premier temps de l'opération, dit M. Scoutteten, j'enfonce mon instrument dans les tissus en le glissant le plus près possible du tendon, que je contourne d'arrière en avant et de dedans en dehors. Le second temps s'exécute en abaissant le manche du ténotôme, et appliquant par suite le tranchant de la lame avec force contre les tissus qui sont à diviser; on imprime alors à l'instrument de très-petits mouvements de va-et-vient : une sorte de cri annonce la division des fibres tendineuses, et tout-à-coup un craquement sourd et brusque fait connaître que le tendon est complètement divisé. Cette opération est peu douloureuse, il arrive parfois que les enfants ne jettent pas un seul cri. Une fois le ténotôme retiré, quelques gouttes de sang s'échappent de la petite plaie;

il importe de presser avec soin ses bords pour faire sortir celui qui peut s'être accumulé dans les tissus, afin d'empêcher la formation de caillots, qui peut-être détermineraient, par leur présence, de l'irritation et de la suppuration. Le pansement consiste tout simplement en un petit plumasseau enduit de cérat, recouvert d'une compresse longuette, que maintient une simple bande. On laisse les choses en cet état pendant cinq à six jours, après lesquels on trouve la plaie guérie à la levée du premier appareil. Il faut alors s'occuper du redressement du pied, redressement qui souvent a déjà commencé sous l'influence des contractions actives des extenseurs. On enveloppe le pied d'une ou de plusieurs compresses longuettes, pliées en plusieurs doubles, et fixées par une bande large de deux travers de doigt, qui entoure le pied en formant des 8 de chiffre, lesquels descendent du bord externe de la jambe pour se porter sur le bord interne. Cette disposition a pour but d'abaisser le bord interne du pied et d'en relever le bord externe; seule elle suffit pour maintenir redressés des pieds-bots faiblement prononcés. Il s'agit alors de placer l'appareil à redressement. Cet appareil simple et peu coûteux consiste en une semelle en bois avec talon en cuir, se fixant sur le pied avec deux languettes en cuir percées d'œillets, destinées à être lacées sur sa face dorsale afin de maintenir le talon contre la semelle. La semelle est fixée à la jambe par deux montants latéraux en acier avec charnière à la hauteur des chevilles, et un rochet sur le côté externe de l'un d'eux, afin de maintenir, à l'aide d'une double fourchette qui l'arrête, le pied au degré de flexion qui lui a été donné. Toutes les parties métalliques de l'appareil sont garnies de cuir, et portent deux courroies qui embrassent la jambe. Au début, le pied placé et maintenu solidement forme un angle droit avec la jambe, mais tous les six jours on l'incline sur la jambe en faisant avancer les fourchettes d'une dent sur le rochet.

Les bandages se dérangent avec beaucoup de facilité : il faut les réappliquer chaque fois qu'ils sont relâchés, en faisant un nouvel effort pour donner au pied sa forme normale. Il faut communément six semaines pour que la consolidation du nouveau tissu tendineux soit achevée, et pour que le pied ait perdu l'habitude de s'infléchir dans un sens vicieux. Mais souvent il ne faut que huit ou dix jours et même moins pour *redresser* parfaitement le pied opéré. Lorsque

la consolidation du tendon est achevée, l'on fait confectionner des bottines avec des contreforts solides, et deux lanières internes destinées à être lacées sur le coude-pied et à maintenir le talon solidement appuyé contre la semelle. Le malade doit rétablir peu à peu, et sans jamais se fatiguer, les fonctions de la jambe.

Nous nous sommes attaché surtout à reproduire dans cette courte notice les données pratiques qui ressortent de l'excellent travail du chirurgien de Metz, renvoyant le lecteur aux chapitres aussi clairement que consciencieusement écrits, dans lesquels il étudie successivement l'étiologie et l'anatomie pathologique du pied-bot, en rattachant à cette étude de fort bonnes données d'anatomie chirurgicale. Ces données deviennent d'une grande utilité lorsqu'il s'agit de sectionner l'un ou l'autre de ces tendons qui environnent l'articulation tibio-tarsienne, et qui jouent, par leur rétraction primitive ou consécutive, un rôle si important dans la pathogénie du pied-bot.

A. B.

Manuel des Sages-Femmes, contenant la saignée, l'application des ventouses, la vaccine, la description et l'usage des instruments relatifs aux accouchements, des notes sur plusieurs parties des accouchements; par F.-J. Moreau, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, etc. — 1 vol. in-12, avec figures coloriées. Paris, Germer Baillière, libraire-éditeur.

Cet opuscule peut être considéré, tant pour le fond que pour la forme, comme un complément des *Principes d'accouchement* de Baudelocque : c'est un véritable *Compendium*, dans lequel l'auteur s'est attaché à réunir en corps d'ouvrage, et sous un petit volume, les principes si généralement méconnus ou négligés de ce qu'on appelle la petite chirurgie. Les règles et les préceptes qu'il renferme seront utiles non-seulement aux sages-femmes, mais encore aux jeunes gens qui débutent dans la carrière médicale, et auxquels on confie, pendant leur internat dans les hôpitaux, la pratique de la chirurgie ministrante.

Des planches, généralement bien exécutées, représentent les

veines de l'avant-bras et du pied, l'éruption vaccinale, les principaux instruments employés dans la pratique des accouchements, et les faits anatomiques relatifs à la circulation du fœtus.

Quant à la partie de l'ouvrage qui a pour titre *Notes sur plusieurs parties des accouchements*, c'est un résumé fidèle des leçons de M. Moreau à la Faculté, que ce professeur publie avec plus d'extension dans son Traité pratique des accouchements.

Les plus importantes de ces leçons traitent de la direction des axes et des vices de conformation du bassin; de l'appréciation des diamètres du détroit supérieur, des signes de la grossesse et de son influence sur l'état physiologique de la femme, de l'enclavement de la tête et de la version du fœtus, de la superfœtation, etc.

L'inertie de la matrice, les convulsions des femmes en couche, l'extraction du placenta dans les divers cas d'adhérence, la procidence du cordon, les obliquités de la matrice, en un mot tous les points les plus importants de la pratique des accouchements sont l'objet de préceptes aussi clairs que précis, tels enfin qu'on devait les attendre de l'expérience consommée de M. le professeur Moreau.

G. Vignolo.

Exposé des conditions d'hygiène et de traitement propres à prévenir les maladies et à diminuer la mortalité dans l'armée en Afrique, et spécialement dans la province de Constantine; suivi d'une théorie nouvelle de l'intermittence, et de la nature, ainsi que du siége des maladies des pays chauds; par M. Worms, médecin ordinaire de l'armée d'Afrique, ex-médecin en chef de la première armée expéditionnaire de Constantine, chevalier de la Légion-d'Honneur et de la Croix-d'Or de Pologne. — Broch. in-8°, 170 pag.

L'auteur de cette brochure intéressante a résumé lui-même toute la doctrine de son livre en quelques formules que nous allons transcrire, avant de signaler les faits d'observation pratique qui leur ont servi de base.

« 1° En raison diurnale de l'accroissement de la chaleur et de l'hu-

» midité atmosphériques, dû à l'influence du climat ou des saisons, » on voit les maladies par cause miasmatique passer de l'inter- » mittence à la continuité, et en même temps devenir de plus en » plus graves.

» 2° Les émanations marécageuses et les prédispositions résultant » de la faiblesse naturelle ou acquise, se prêtent un mutuel se- » cours.

» C'est en raison de ces deux ordres de causes que se développent » plus ou moins violemment les maladies.

» C'est en neutralisant, selon que cela est possible, l'une ou l'autre » espèce de ces causes, qu'on peut préserver les sujets exposés, » ou diminuer la gravité des effets de l'infection.

» 3° Pour moi, je suis convaincu, après de longues recherches, » que les fièvres intermittentes, rémittentes, continues, que les » diarrhées et les dysenteries ne sont que les variétés d'un seul et » même état pathologique; que cet état pathologique s'exprime par » des formes qui diffèrent selon le degré de l'intoxication et l'idio- » syncrasie du sujet; que tous les accidents qu'on suppose générale- » ment être des irritations ou des inflammations des principaux vis- » cères, ne sont que des modifications passives de la nutrition » dans ces organes, et les phases d'une réaction sans laquelle il ne » peut y avoir de salut; que, faire de ces accidents le but même se- » condaire du traitement, c'est, non pas combattre et affaiblir la » cause morbide, mais entraver et anéantir la résistance qu'elle ren- » contre de la part de l'économie; que si, peut-être dans les pays » sains et tempérés, il y a quelquefois convenance à modérer l'im- » pétuosité de la réaction, en Afrique, il n'est pas un cas où, au » contraire, on ne doive l'activer et l'exciter en la guidant. »

Ce n'est point avec des idées préconçues que M. Worms a formulé de pareilles propositions. Élève du Val-de-Grâce, imbu des doctrines toutes contraires qu'on y professait, il arriva en Afrique avec la pensée de les mettre en pratique. L'observation seule, et une observation attentive a opéré sa conversion. C'est par une expérience acquise à ses dépens, mais qui instruit vite les bons esprits, qu'il a été amené à bannir la saignée et les débilitants du traitement de toutes les maladies régnantes d'Afrique, et à employer à peu près exclusivement le sulfate de quinine à doses tou-

jours élevées, quelquefois énormes ; aidé de quelques autres médicaments et d'un régime toujours toniques et fortifiants. Il a vu que les évacuations sanguines, qui d'abord lui parassaient si impérieusement réclamées par la formidable intensité des symptômes de réaction, amenaient toujours à leur suite un délire et un coma graves, ou un état algide promptement mortel ; que tous ces phénomènes d'apparence inflammatoire ou congestionnel le cédaient au contraire comme par enchantement à l'administration hardie du sel de quinquina, et que la convalescence et le retour complet à la santé étaient promptement secondés par la persistance dans l'emploi du même médicament ou des autres préparations de quinquina, principalement de sa teinture vineuse. L'usage du vin, du café, de bons aliments, devaient joindre promptement leur action vivifiante et tonique à celles des moyens médicamenteux proprement dits. La variété des accidents et des symptômes ne devait apporter que des modifications peu importantes dans la conduite du médecin. C'est ainsi que, quand la dysenterie était le symptôme dominant, on joignait l'emploi de l'ipécacuanha et de l'opium à celui du sulfate de quinine. Les vomitifs et l'émétique en particulier étaient souvent utiles aussi dans un assez grand nombre d'autres cas. Mais M. Worms conseillait en général d'en faire précéder l'emploi d'une dose de sulfate de quinine, qui devait toujours être repris et continué après le vomissement, et former la pierre fondamentale du traitement. M. Worms pense que le vomitif a surtout pour but de débarrasser les voies digestives et en particulier l'estomac d'une partie de cet enduit muqueux qui sert en quelque sorte d'excipient aux miasmes, et empêche en même temps l'action directe du sulfate de quinine sur la surface absorbante et sentante de l'estomac ; aussi le croit-il surtout indiqué quand cet enduit paraît recouvrir la muqueuse digestive d'une couche épaisse.

Entre autres observations importantes relatées dans la brochure de M. Worms, et des plus propres à établir l'efficacité du sulfate de quinine et les effets désastreux de la saignée, nous signalerons celle d'un jeune Arabe rappelé pour ainsi dire de la mort à la vie par ce médicament, et tué, on peut le dire, en quinze heures, par une saignée qu'il réclamait avec instance pour se débarrasser d'une vive

douleur de tête, et qu'on lui pratiqua, cédant à regret à ses pressantes sollicitations (p. 79).

L'impossibilité de se procurer des sangsues sauva peut-être la vie à un autre malade dans un état à peu près aussi grave, et dont le fait a été raconté à M. Worms par M. le docteur Boudin, qui vit disparaître un accès de coma profond avec une promptitude qui l'étonna, au moyen d'une forte dose de sulfate de quinine (p. 90).

Indépendamment de ces faits pratiques importants, la brochure de M. Worms contient des détails intéressants sur la topographie de Bone. La conquête, bien loin d'avoir été utile à cette ville sous le rapport de la salubrité, en a fait un séjour fort dangereux pour les Européens et les naturels du pays. La destruction des massifs d'arbres qui l'abritaient du côté où le vent lui apporte les effluves des marais, et qui lui formaient en quelque sorte un rempart contre l'action délétère des miasmes, le comblement et la dégradation de presque toutes les citernes, leur malpropreté, la démolition de l'aqueduc qui apportait à la ville l'eau pure d'une source située à une assez grande distance, et dont la surveillance et l'entretien étaient, avant notre arrivée en Afrique, confiés à une corporation musulmane, et que, malgré des dépenses considérables, on n'est pas encore parvenu à rétablir, en sorte qu'aujourd'hui on ne boit à Bone que l'eau, la plupart du temps corrompue, des citernes ; toutes ces causes se réunissent avec la chaleur du climat, et la mauvaise direction qui préside en général à l'hygiène du soldat, pour rendre et plus fréquentes et plus meurtrières les maladies endémiques. Il est presque superflu de dire ici que M. Worms, en signalant la source de tant de maux, en indique le remède, et formule à cet égard les préceptes d'hygiène et de thérapeutique les plus sages.

Enfin, on trouvera développées dans sa brochure ses opinions sur le siége des maladies produites par l'infection, qu'il place dans le système nerveux ganglionnaire, et sa théorie de l'intermittence. Qu'on adopte avec ou sans restriction, ou bien qu'on rejette ses idées à ce sujet, toujours est-on forcé de reconnaître que beaucoup de ses raisonnements sont appuyés sur des faits pratiques concluants, et que sa théorie de l'intermittence n'est pas seulement ingénieusement développée, mais qu'elle porte sur la plupart des points l'empreinte d'une vérité pratique démontrée. La durée et l'intensité de l'action

des miasmes, en tenant compte de la prédisposition du sujet, expliquent fort bien dans cette théorie la différence des types depuis les accès erratiques les plus éloignés jusqu'aux accès les plus rapprochés, les subintrants, la rémittence et enfin l'état continu. Cette théorie n'est, du reste, qu'un développement et une extension des doctrines vitalistes que nous professons.

Quelques écrivains ont prétendu que les fièvres intermittentes ne s'observent jamais chez les animaux. Que ce fait soit absolument vrai ou sujet à quelques exceptions, toujours est-il que, quand ces fièvres règnent chez les hommes, on voit constamment des maladies funestes et à type continu sévir sur les animaux. M. Worms trouve dans sa doctrine sur le mode de production des maladies miasmatiques une interprétation claire et satisfaisante de ce fait jusqu'ici inexpliqué. « Puisqu'il nous est démontré, dit-il (pag. 11), qu'à » mesure que les particules miasmatiques sont produites et s'é- » chappent en plus grande abondance, les maladies qu'elles occa- » sionnent augmentent de gravité et tendent à devenir continues ; » que ; d'un autre côté, les particules s'amassent dans la couche » atmosphérique inférieure, on doit parfaitement comprendre » comment les animaux domestiques ou autres, dont la tête est » plongée dans cette couche d'air, qui se nourrissent de substances » imprégnées d'émanations, et qui ainsi les absorbent en bien plus » grande quantité et par des points plus multiples que l'homme, » offrent à l'observateur le type de la maladie la plus grave ; c'est- » à-dire la continuité, et se dérobent d'autant moins à l'in- » fluence, que leur peau, recouverte de plumes, de laine ou de » poils, ne sert pas comme chez nous à éliminer une partie du poi- » son. »

Les lecteurs de gros livres trouveront peut-être démesurée notre longue analyse d'une si mince brochure. Ce n'est pas notre faute si M. Worms a su mettre dans 170 pages plus de faits et plus d'idées originales qu'on n'en rencontre souvent dans les plus volumineuses compositions des auteurs de nos jours. Nous n'avons pas d'autre réponse à faire à qui nous adresserait des reproches à ce sujet, si ce n'est que nous nous félicitons toujours de rencontrer des livres sur

les feuilles desquels nous pourrions inscrire la plus louangeuse de toutes les devises : *Non numerentur, sed perpendantur.*

CORBY.

Recherches cliniques sur la méningite des enfants; par M. A. Becquerel, interne des hôpitaux, membre de la Société médicale d'observation, et de la Société anatomique. — Broch. in-8° de 128 pages. Paris, 1838.

Le travail de M. Becquerel est le résumé d'un assez grand nombre de faits observés à l'hôpital des Enfants, et repose en général sur la méthode numérique. Après avoir établi une distinction suffisamment fondée entre la méningite des adultes et celle des enfants, M. Becquerel divise son mémoire en trois parties : 1° Anatomie pathologique ; 2° Histoire de la maladie ; 3° Thérapeutique.

1° Il étudie dans l'anatomie pathologique, 1° les altérations communes à la méningite et à d'autres maladies ; 2° les altérations propres qui peuvent caractériser la méningite aiguë ou chronique, soit qu'elles aient leur siége dans la cavité crânienne, soit qu'elles affectent d'autres organes, et forment ainsi des complications qui indiquent la cause générale sous l'influence de laquelle la maladie s'est développée. Parmi ces diverses lésions, l'auteur a insisté sur l'épanchement ventriculaire ; à ce propos il cite le résultat curieux de quelques expériences inédites de M. N. Guillot sur les propriétés hygrométriques de l'encéphale. Il se demande ensuite si l'augmentation de quantité du liquide ventriculaire est un effet constant de la méningite. Sur 27 sujets ouverts, 24 heures au plus tard après la mort, l'épanchement a manqué 18 fois, et cependant dans tous le coma avait terminé la scène.

2° Les tubercules, ou les causes qui peuvent produire la tuberculisation, sont, d'après les observations de M. Becquerel, la prédisposition la plus fréquente de la méningite. Quant aux symptômes les plus saillants et le plus souvent observés, les vomissements ont eu lieu 13 fois sur 17 ; la céphalalgie a été notée toujours comme phénomène concomitant, souvent comme phénomène précurseur ; ordinairement il y a eu dilatation des pupilles, trouble dans la motili-

lité, convulsions régulières ou irrégulières, et tous les degrés de contracture, depuis la simple raideur jusqu'à la contraction tétanique véritable; enfin, les mouvements de carpologie, l'abolition de la myotilité si commune dans les derniers temps de la méningite aiguë, le délire, le coma, et, dans leur intervalle, les cris hydrencéphaliques avec leur cachet caractéristique. La terminaison la plus ordinaire a été la mort; M. Becquerel rappelle à cette occasion l'examen critique de M. Piet sur les cas de guérison observés jusqu'à ce jour, et ces cas, suivant lui, sont extrêmement rares.

3° Nous arrivons à la troisième partie, la plus importante sans contredit, puisqu'elle est relative au traitement. Malheureusement c'est ici le côté faible : la thérapeutique de la méningite est, comme on le sait, bien pauvre en résultats, et il est à regretter que l'auteur n'ait pu l'enrichir. Le peu qu'il en dit suffit bien, au reste, pour démontrer qu'en fait de *méningite* on n'est pas plus heureux dans les établissements spéciaux que partout ailleurs.

Toutefois, ce petit traité de M. Becquerel sera lu avec intérêt. Si la thérapeutique y est un peu succincte, en revanche l'anatomie pathologique et le diagnostic *anatomique* n'y laissent rien ou presque rien à désirer.

A. Lacour.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux; par C.-J.-F. Carron du Villars, docteur en médecine et chirurgie, professeur d'ophthalmologie à Paris, membre de l'Académie des sciences de Turin, etc. Au bureau de la Société encyclographique des sciences médicales, rue Jacob, n° 25, à Paris.

Lettres sur l'histoire de la médecine, et sur la nécessité de l'enseignement de cette histoire; suivies de fragments historiques; par J.-E. Dezeimeris, docteur-médecin de la Faculté de Paris, biblio-

thécaire de la même Faculté, membre de plusieurs sociétés médicales. — Prix, 7 fr. A Paris, chez l'auteur, rue Hauteville, 8.

Nouvelle question de médecine légale relative au délit de suppcsition de part; question agitée pour la première fois à l'École de médecine de Paris, en juin 1833; par M. Pelassy des Fayolles, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre du Conseil de salubrité de l'arrondissement de Sceaux. — Chez Just Rouvier et Le Bouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8, à Paris.

Atlas élémentaire d'anatomie descriptive, par A.-L.-J. Bayle; grand in-4°, composé de 45 planches très-bien gravées et d'un texte explicatif en regard.

Prix, cartonné, figures noires,	26 fr.
— Le même, figures coloriées.	52
— Le même, figures noires, avec le *Traite d'Anatomie de M. Bayle*, de 7 fr.	32

Cet Atlas peut servir à tous les traités d'anatomie.

La Médecine pittoresque,

MUSÉE MÉDICO-CHIRURGICAL,

Recueil complet de planches gravées sur acier, d'anatomie, de pathologie, de médecine opératoire, d'accouchemens, de botanique médicale et de thérapeutique; (formant l'atlas de l'*Encyclopédie des Sciences médicales.*)

La *Médecine pittoresque* paraît, depuis le premier janvier 1834, tous les quinze jours environ par livraisons de seize colonnes in-4° de texte, et d'une planche gravée sur acier, en taille-douce, et composée de quatre à dix figures. — Les 50 premières livraisons formant deux volumes contiennent, 1° 806 colonnes de texte, 2° 436 figures: il a paru 97 livraisons. — (Décembre 1838.)

L'ouvrage entier se composera de cent livraisons, et formera qua-

tre volumes. Chaque volume est terminé par deux tables, l'une alphabétique, l'autre par ordre scientifique. — Le dernier volume renfermera en outre une classification méthodique et raisonnée des planches et du texte.

La dernière livraison de chaque volume se compose des titres, de la couverture et des tables de ce volume.

Prix de chaque livraison, QUATRE SOUS; et franche de port par la poste, CINQ SOUS un liard. (Le prix de la poste pour une livraison est d'*un sou* et *un liard*.) Planche coloriée avec le plus grand soin HUIT SOUS; par la poste, NEUF SOUS un liard. — Prix d'un volume, à Paris, 5 fr.; et rendu à domicile, 5 fr. 40 c.; par la poste, 6 fr. 55 c. Colorié, à Paris, 10 fr.; 10 fr. 40 c. à domicile; par la poste, 21 fr. 55 c. A l'étranger, le port étant double, le prix d'un volume est de 8 fr. 50 c. figures noires, et 13 fr. 10 c. figures coloriées. Le volume broché se paie 6 sous de plus.

On souscrit, à Paris, au bureau de la *Médecine pittoresque*, rue Servandoni, 17.

Errata :

Les prix des ouvrages de l'*Encyclopédie des Sciences médicales* annoncés sur la couverture du cahier de novembre, sont les prix de Paris, non compris les frais de poste.

Rectifications à faire dans ces mêmes annonces.

5° Au lieu de ces mots : les premiers volumes de la Pathologie interne, par Joseph Franck, traduits, etc.; *lisez* : le premier vol.. etc., traduit.

13° Recherches anatomiques sur le siége et les causes des maladies, par J.-B. Morgagni. Prix des deux premiers volumes : au lieu de 1 fr., *lisez* 12 fr.

TABLES.

1838. TOME IV.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

VARIÉTÉS.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES AUTEURS.

A.

B.

C.

